BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HOGARES COMUNITARIOS FAMILIARES
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50000533024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ROCIO ALMANZA CC: 40383061
Código CUENTAME UDS: 50010027995 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ALEJANDRO
Dirección UDS: CALLE 6 # 28-73 Teléfono UDS: 3142483310

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		#ASISTENCIAS	#INASISTENCIAS	
01	CC	112.185.663	NANCY		DIAZ	DELGADO	37	3		5		
02	CC	1.122.141.944	YENNY	CAROLINA	PARRA	VALENZUELA	38	4		5		
03	CC	1.121.816.125	MARIA	CRISTINA	LEON	PIÑEROS	22	5		5		
04	CC	1.193.509.094	DENERI	ALEXANDRA	NIETO	TRIVIÑO	32	4		5		
06	CC	1.121.920.422	ADRIANA	YULIETHE	ERAZO	GARCIA	35	3		5		
06	CC	1.108.931.507	XIOMARA	ALEXANDRA	ARIAS	SANCHEZ	19	4		5		
07	RC	1.122.945.721	MAITE	ISABELLA	MORENO	FUENTES		5		2	3	
08	CC	1.123.801.731	MAIRA	ALEJANDRA	HERNANDEZ	MELO	20	3				
09	CC	1.120.353.474	MELISA		REINA	RIOS	20	7				
10	RC	1.234.796.391	VALERY	ANTONELA	AVILA	TORRES		5		5		
11	RC	1.122.945.721	LIAM	MATHEO	RIOS	GIL		6		5		
12	RC	1.121.930.115	DARWIN	ESTIVEN	MARTINEZ	BERROTERAN		2		5		
13	RC	1.234.796.450	MARE	ALECIRAY	PEÑA	BOHORQUEZ		4		5		
14	RC	1.121.990.086	EITHAN	ELIAM	ROJAS	ROJAS		2		5		
16	RC	1123455422	VALENTINO		URREGO	HERNANDEZ				5		
17	RC	1244819003	GABRIEL	EMILIANO	BELTRAN	REINA				5		
18												
19												
20												
										TOTAL	67	3

Verificacion De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

Rocio Almanza
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____ ASOCIACION HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO: 5000553204
MES: _____ ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ FAMI BINBENIR

IDENTIFICACIÓN CC
Regional: _____ META Centro Zonal: _____ Municipio: _____ VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): _____ NDIA JOHANNA VASQUEZ RICO CC: 4 0 1 8 5 4 4 2
Código CUENTAME UDS: _____ 5000100023530 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: _____ ARCOIRIS
DIRECCION CRA 20 41-20 PARAISO Teléfono UDS: 3 0 1 5 3 0 8 5 2 4

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1121990497	LAHIAN	JESUS	TORRES	RODRIGUEZ	27	5			1	4	
02	CC	1112620820	ANGIE	TATIANA	ROJAS	CHAVARRIAGA	19	3			5		
03	CC	1121967067	BRILLY	DANIELA	GARCIA	SAA	26				2	3	
04	RC	1121990507	NICOL	NAHIARA	PUENTES	DIAZ		0			1	4	
05	CC	1121963497	LEIDY	ALEJANDRA	WILCHES	ZACIPA	27				5		
06	CC	1121881740	INGRID	YOHANA	MONTOYA	RIVERA	34				5		
07	CC	1121854149	DARCY	YULIETH	GONZALEZ	GUERRERO	18				1	4	
08	RC	1121990282	ALAIA	VICTORIA	PIRABAN	OSORIO		0			5		
09	RC	1122544168	CLAUDIA	PATRICIA	SANDOVAL	FORERO	33				5		
10	RC	1121989914	GAEL	LEANDRO	BAQUERO	LOZANO		3			5		
11	RC	1123455295	LUCIAN	ANDRES	SANCHES	ARAGON		4			5		
12	RC	1123455267	ELAN	EMILIANO	BOBADILLA	OSORIO		4			5		
13	CC	1006774339	MANUELA		VASQUEZ	RODRIGUEZ	23				5		
14	CC	1121891078	YULIANA	FERNANDA	MURCIA		34				5		
15	CC	1088353649	KAREN	LIZETH	VALDES		27				5		
16								0					
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	60	15	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	6
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	9

COORDINADOR(A) EA

Nidia Vasquez
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN PORFIA 3
NIT: NUMERO DE CONTRATO: 653
MES: ABRIL AÑO:
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMI BIENVENIR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN: 40219606 Hoja ___ de ___
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUZ STELLA BALLEN CHISABA CC: ##
Código CUENTAME UDS: 50001000190300 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: AVENTURAS ENPAÑALES
Dirección UDS: KR 18#6-93 Teléfono UDS: ##

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1.123.825.755	DANNA	VALERI	VILLALBA	HERNANDEZ	0	1								A			A		A					A								5	
02	CC	1.121.945.466	ANGUIE	SHIRLEY	GARCIA	CASTAÑEDA	32	4								A			A		A					A								15	1
03	RC	1.121.989.237	MATHEO	EMILIO	VILLASMIL	ACOSTA	C	7								A			A		A					A								15	
04	RC	1.123.825.394	LAURENTH	SAMARA	SIBO	LEON	0	8								A			A		A					A								15	
05	RC	1.123.825.307	IAN	JOSEPTH	CARDENAS	RODRIGUEZ	0	8								I			A		I					I								15	1
06	TI	1.121.896.470	LAURENTH	XIMENA	POVEDA	DONCEL	15	4								A			A		A					A								15	
07	RC	1.253.259.205	LUCIANO	EMILIANO	FERNANDEZ	PEREIRA	0	1								A					A					A								10	
08	CC	1.234.789.788	ANGIE	TATIANA	DIAZ	BELTRAN	30	1								A					A					A								10	
09	CC	40.189.912	ANA	YOLIMA	GUTIERREZ	MONTAÑEZ	42	3								A					A					A								10	
10	CC	1.121.396.161	SHESLLY	MAIBETH	LOPEZ	MOLANO	20	2								A					A					A								10	
11	RC	1.121.989.246	EMILANO		GUTIERREZ	GARCIA	0	7								I					I					A								10	1
12	CC	1015412124	YENI	PAOLA	DONCEL	SANCHEZ	37	11								A					A					A								10	
13	CC	1013109938	KAROL	ANDREA	LOPEZ	MENDEZ	20	11								A					A					A								10	
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL			

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera una COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	P27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HOGARES FAMILIARES
NIT: 830.193.122-8 NÚMERO DE CONTRATO:
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES CC: 21185015
Código CUENTAME UDS: 5000100012432 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CARITA FELIZ
Dirección UDS: CALLE 17 SUR 10 27, VILLAMELOA Teléfono UDS: 3114030978

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MES		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1.123.604.974	CHAROL	SOFIA	RAMOS	AOLIVERA	18	4						I					A	I					A				A					2	2	
02	CC	1.122.519.840	SHAROL	LISET	MUÑOZ	CORTES	18	0						A					A	A					A				A					4		
03	CC	1.005.690.910	PAULA	VALENTINA	CHIA	CARO	22	10						A					A	A					A				I					3	1	
04	CC	1.115.852.272	MARIA	DANITZA	GUTIERREZ	AGUILAR	26	2						A					A	A					A				A					4		
05	CC	1.007.741.636	STEFANNY		ECHAVARRIA	MORA	24	10						A					A	H					A				A					3	1	
06	CC	1.006.768.709	ANDREA	JULIETH	LOPEZ	CHIPATECUA	28	8						A					A	I					H				A					2	2	
07	RC	1.121.691.528	YESENIA	DEL PILAR	ZEA	SANCHEZ	33	7						A					H	I				A	H				I					1	3	
08	RC	1.244.829.025	ELIZABETH	SOFIA	SUAREZ	ECHAVARRIA	0	0						I					I	A				A	A				A					2	2	
09	RC	1.244.829.019	JEAN	PAUL	CASTAÑEDA	RODRIGUEZ	0	0						H					I	A				A	A				A					2	2	
10	RC	1.244.828.962	ASHLEY	VICTORIA	GARAVITO	RODRIGUEZ	2	0						A					A	A				A	A				A					4		
11	RC	1.121.989.966	YADIEL	MANUEL	URRUTIA	LOPEZ	2	0						A					A	A				A	A				A					4		
12	RC	1.123.455.327	MIA	ANTONELLA	FORERO	MURILLO	3	0						A					A	A				A	A				A					4		
13	RC	1.122.544.347	ANGEL	MATHIAS	ARDILA	MORENO	4	0						A					A	I				A	A				A					3	1	
14	RC	1.121.989.416	ANNIE	VALERIA	TOCORA	REY	4	0						A					A	A				A	A				A					3	1	
15		1.029.972.052	OMER	SAIR	PARRADO	AGUDELO	6	0						A					I	A				A	A				A					3	1	
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	44	16	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	8
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	7

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB FORMA 3
NIT: 900.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO:
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES CC: 21185015
Código CUENTAME UDS: 5000100612432 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CARITA FELIZ
Dirección UDS: CALLE 17 SUR 10 27 VILLAMELIDA Teléfono UDS: 3114636975

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1.123.804.974	CHAROL	SOFIA	RAMOS	AOLIVERA	19	4	I A I A A A I	2	2	
02	CC	1.122.519.840	SHAROL	LISET	MUÑOZ	CORTES	19	0	A A A A A A	4		
03	CC	1.005.690.910	PAULA	VALENTINA	CHIA	CARO	22	10	A A A A I	3	1	
04	CC	1.115.852.272	MARIA	DANITZA	GUTIERREZ	AGUILAR	25	2	A A A A A	4		
05	CC	1.007.741.636	STEFANNY		ECHAVARRIA	MORA	24	10	A A I A A	3	1	
06	CC	1.006.788.709	ANDREA	JULIETH	LOPEZ	CHIPATECUA	25	8	A A I I A	2	2	
07	RC	1.121.891.528	YESENIA	DEL PILAR	ZEA	SANCHEZ	33	7	A I A I I	1	3	
08	RC	1.244.829.025	ELIZABETH	SOFIA	SUAREZ	ECHAVARRIA	8	0	I I A A A	2	2	
09	RC	1.244.829.019	JEAN	PAUL	CASTAÑEDA	RODRIGUEZ	8	0	I I A A A	2	2	
10	RC	1.244.828.982	ASHLEY	VICTORIA	GARAVITO	RODRIGUEZ	7	0	A A A A A	4		
11	RC	1.121.989.988	YADIEL	MANUEL	URRUTIA	LOPEZ	7	0	A A A A A	4		
12	RC	1.123.455.327	MIA	ANTONELLA	FORERO	MURILLO	7	0	A A A A A	4		
13	RC	1.122.544.347	ANGEL	MATHIAS	ARDILA	MORENO	4	0	A A A + A	4		
14	RC	1.121.989.416	ANNIE	VALERIA	TOCORA	REY	4	0	A A A A A	3	1	
15	RC	1.029.972.052	OMER	SAIR	PARRADO	AGUDELO	6	0	A I A A A	3	1	
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 45 15

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	8
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	7

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Dennis Natalia Ortega C.
9:52am 16-4-26

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO 5020652024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a) YEIBY DAYANA PEDRAZA DURAN CC 1.010.123.119
Código CUENTAME UDS: 5000111252S3 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención CASITA FELIZ
Dirección UDS: MZ 29 CS 2 TOPACIO Teléfono UDS: 3223607750

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1006821769	YULI	ANDREA	RODRIGUEZ	CORTES	29	3			4	1	
02	CC	1122914554	KELY	YOHANA	LOPEZ	RODRIGUEZ	31	7			4	1	
03	CC	1122507236	TANIA	MICHELL	MARIN	OLAYA	21	9			1	4	
04	CC	1007888185	INGRID	JHOVANNA	PLAYONERO	SINISTERRA	26	0			5	0	
05	CC	1123431130	PAULA	ANDREA	MOJICA	BAQUERO	21	11			2	2	
06	CC	1033690866	LUISA	FERNANDA	ZAMORA	ARANGO	20	5			1	4	
07	RC	1123825754	THIAGO	STIVEN	CUBIDES	ARIAS		1			5	0	
08	RC	1122544426	MARIAN	ALAIA	GOMEZ	PAEZ		1			4	1	
09	RC	1121990098	DANNA	VICTORIA	TORRES	PLAYONERO		2			5	0	
10	RC	1123825526	SANTIAGO		ROJAS	PEDRAZA		3			4	1	
11	RC	1121989965	JEISSON	EMILIANO	ACOSTA	DIAZ		3			3	2	
12	RC	1121989434	THIAGO	ALEJANDRO	GUTIERREZ	MARIN		4			3	2	
13	RC	1121989484	BRAYAN	STIVEN	PARDO	CUBIDES		4			5	0	
14	RC	1123455283	DIANA	VICTORIA	LOPEZ	PEREZ		4			3	2	
15	RC	1122544290	AYLANIE	SOFIA	GONZALEZ	CAMELO		5			1	4	
16	RC	1029972239	EITHAN	ESTEBAN	PRIETO	MOJICA		0			0	1	
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	50	25

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	10
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	5

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-8 NÚMERO DE CONTRATO: 5000633224
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN 40.373.377 Hoja ___ de ___
Regional: META Centro Zonal: ___ Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUZ MARINA MATEUS ROLDAN CC 40.373.377
Código CUENTAME UDS: 5000100045364 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CRECIENDO FELIZ
Dirección UDS: CALLE 39A 6C-53 MANANTIAL Teléfono UDS: 3112863473

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	R.C	1.121.989.790	EITHAN	GABRIEL	MOYA	SANCHEZ	0	3			4	1	
02	R.C	1.253.259.106	MATHIAS		RAYO	PEREZ	0	4			5	0	
03	R.C	1.123.455.263	ALEX	SANTHIAGO	PALACIO	PALMA	0	4			5	0	
04	R.C	1.122.544.286	MATEO	ALEJANDRO	ZAPATA	DAZA	0	5			5	0	
05	R.C	1.121.989.299	BRYANTH	MATHEO	BAEZ	VALOR	0	5			5	0	
06	R.C	1.121.989.407	LIAM	ANDRES	GALVAN	SANCHEZ	0	5			5	0	
07	R.C	1.122.945.786	IAN	ISAAC	GOMEZ	VASQUEZ	0	1			5	0	
08	R.C	1.121.989.798	NAHIA	ISABELLA	TORRES	TOVAR	0	3			5	0	
09	T.I.	1.123.438.670	LAURA	SOFIA	HERNANDEZ	CAICEDO	16	0			4	1	
10	T.I.	1.122.519.686	LAURA	VALENTINA	GARCIA	ALVAREZ	17	0			3	2	
11	C.C	1.122.116.717	MARISOL		FONTECHA	VILLALOBOS	40	0			2	3	
12	C.C.	1.122.650.160	SUANY	YIDIED	LEIVA	VERGARA	33	0			0	1	
13	PPT	6.632.091	MARGARETH	DE LOS ANGELES	GALINDEZ		22	0			5	0	
14	R.C	1.121.990.407	DAINELYS	ADHARA	BONILLA	AGUILAR	0	0			4	1	
15	C.C.	1.121.965.435	YULIANA	KATERINE	PEREZ	CALDERON	27	0			5	0	
16	R.C.	1123825905	Zarith	Cathleya	Perez	leiva	0	0			1	3	
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	63	12	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	9
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	6

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN **FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL**	F27.MT1.PP — 28/08/2025 Versión 1 — Página 1 de 2 Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PPORFIA 3
NIT: 800.143.122-4 — NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: ABRIL — AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: ____

IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___
Regional: META — Centro Zonal: UNO — Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA AYALA TOVAR — CC. 1121843440
Código CUENTAME UDS: 5000100000322 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: DESCUBRIENDO TALENTOS
Dirección UDS: MZA 42A CASA 10 MADRID — Teléfono UDS: 3187434018

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
01	RC	1.029.972.028	IKER	EMMANUEL	MARTINEZ	BOLAÑOS		6								I					I					I					I	A		0	4	
02	CC	1.121.853.240	IVONNE	KAMILA	SERNA	RAMIREZ	19									A			A		I					I					I			1	3	
03	CC	1.004.063.649	YISETH	PAOLA	PEREZ	SANCHEZ	30									A			A		A					A					A			4	0	
04	RC	1.121.989.769	LIAM	MATHIAS	LINARES	BAQUERO		3								A				A	A					A					A			4	0	
05	RC	1.121.990.316	NAHOMI		TORRES	DIAZ		1								A				A	A					A					A			4	0	
06	RC	1.122.544.328	EMILY	ANTONELLA	GONZALEZ	MACHADO		5								A				A	A					A					I			3	1	
07	RC	1.234.796.525	MADISSON	ADHARA	GUZMAN	LOPEZ		2								I					A			A		A					A			3	1	
08	RC	1.123.455.339	JESLY	DAHANY	RAMIREZ	DELGADO		3								A					I			A		A					A			3	1	
09	RC	1.121.990.435	MILLAN		GUERRERO	CHACON		1									I					I		A		I					I			0	4	
10	PPT	6.616.585	SALOME	ALEXANDRA	QUILELLI	MARIÑO	19										A					I			A	A					A			3	1	
11	RC	1.122.945.844	ASHLEY	CATALEYA	GOMEZ	CALDERON		1									I					I			A	I					A			1	3	
12	SD		ALAYA	ISABELL	GONZALEZ	PEÑA		1									I					I			A	I					I			0	4	
13	RC	1.123.825.516	DAFNE		FARFAN	GUZMAN		4									A					A				A	A				A			4	0	
14	RC	1.234.796.407	DEILYN	ISABELLA	LEIVA	TRIANA		4									A					A				A	A				A			4	0	
15	RC	1.123.825.497	IAN	SANTIAGO	GUERRERO	RODRIGUEZ		4									A					A				A	A				A			4	0	
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
TOTAL																																		38	22	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	11
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/03/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _ASOCIACION PORFIA 3_____
NIT: _ 800143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: _ 50006532024
MES: ABRIL AÑO: _____2026___
MODALIDAD DE ATENCIÓN: __FAMILIAR_____
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI_____

IDENTIFICACIÓN 40341402 Hoja ____ de ____
Regional: _META_____ Centro Zonal _____ 1 Municip: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (): LILIANA CUESTA CC_40341402_____
Código CUENTAME UDS: __500010022472 _____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____DULCES SUEÑOS _____
Dirección UDS: CL 68 No 44-26 CIUDAD PORFIA Teléfono UDS: __3132138955

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																									
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	RC	1234796416	LIAH	PALOMA	MORA	GARCIA	0	4								A			A		A					A				A				5		
2	RC	1121989543	ANDRES	FELIPE	GUERRERO	CARVAJAL	0	4								A					A			A		A				A				5		
3	RC	1234796504	NILAN	DAVID	VAQUIAZA	ARIZA	0	3								A			A		A					A				A				5		
4	RC	1234796546	EYTHAN	ABIMAEL	RODRIGUEZ	MARTINEZ	0	2								A			A		A					A				A				5		
5	RC	1234796554	CELESTE	VALENTINA	DURAN	OSPINA	0	1								A			A		A					A				A				5		
6	RC	1122939981	JOEL	SANTIAGO	CRUZ	LOPEZ	0	3								A			A			A		A						A				5		
7	CC	1234796592	LAHIAM	MATEO	SAAVEDRA	DIAZ	0	2								I			I			I	A							I				3		
8	CC	1121828778	MONICA	PAOLA	GUEVARA		0	37									A			A	A						A				A				5		
9	CC	1193146651	LINDA	VALERIA	ARISITIZABAL	RIVILLAS	0	26									A			A					A	A					A				5		
10	CC	1121860104	ELICET	DANIELA	CUERVO	RIVILLAS	0	37									A			A	A						A				A				5		
11	CC	1121916544	CINDY	CAROLINA	ORTIZ	GONZALEZ	0	32									A		A		A						A				A				5		
12	CC	1119886221	PAULA	MELISSA	PRIETO	PLAZAS	0	22									A		A		A						A				I				4	1	
13	TI	1122519123	LAURA	MICHELL	HERRERA	MARINEZ	0	18									A			A	A					A	A				I				4	1	
14	CC	1006772269	ANYELA	VANESA	PALACIOS	FELANTANA	0	25									A			A					A		A	A			A				5		
15	CC	1125475293	ERIKA		ORTIZ	MAYOR	0	31									A			A					A	A					A				5		
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																															TOTAL	69	2		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	7
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	8

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _ASOCIACION PORFIA S_
NIT: 830143134 NÚMERO DE CONTRATO: _5399803334__
MES: _ABRIL_ AÑO: _2025_
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _FAMILIAR_
SERVICIO DE ATENCIÓN: _FAMILIAR BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN C.C
Regional: _META Centro Zonal: _UNO Municipio: _VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): _MONICA MARIA ARIAS GALEANO CC_1075127_
Código CUENTAME UDS: _5001000028824 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL_ANISTOGO_
Dirección UDS: _CL 14 A 42 09 ESTE SAN ANTONIO Teléfono UDS: _320 869 84 36_

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																												
1	C.C	1109841931	GINA	YULIETH	CUJIA	LOAIZA	20									H			A			I			H			I					1	4	
2	C.C	1121855959	NATALIA		MARTINEZ	MARTINEZ	27									A			A	I					H			I					2	5	
3	C.C	1121938744	LINA	PAOLA	ALONSO	VEGA	29									H			A	I					A			A					3	2	
4	P.P.T	5604234	MARIA	ANGEL	ISARRA	RIVAS	31									A			A			A			A			A					5	0	
5	C.C	1033686189	NIDIA	ESPERANZA	HERNANDEZ	VELASQUEZ	38									H			A			A			A			A					4	1	
6	C.C	1006719410	ANGIE	CAROLINA	HUNDA	BARRERA	24									H			I			H			I			I					1	4	
7	C.C	1029980421	YULIANA	ALEJANDRA	ORTIZ	GONZALEZ	21									A			A			A			A			A					5	0	
8	C.C	1121904087	MARIA	FERNANDA	ORTIZ	GONZALEZ	33									A			A			A			A			A					5	0	
9	C.C	1116543074	ANA	LUCELY	LOPEZ	MONROY	39										A		A			A			A			A					5	0	
10	C.C	1121917679	FRANCY	YOLIMA	SOACHA	GUEVARA	31										H		A			A			A			A					4	1	
11	R.C	1121989110	DANIELA		AVILA	CHAVEZ		6									A		A			A			H	A		H					3	2	
12	R.C	1244828008	ZOE		ACOSTA	BOCANEGRA		2									H		A			A			A			A					4	1	
13	R.C	1121989453	DANIEL	SEBASTIAN	CALDERON	HERNANDEZ		4									A		A			A			A			I					4	1	
14	R.C	1029972200	ALISSON		BLANDON	RINCON		3									A		A			A			A	A		I					4	1	
15	R.C	1123825363	SALVADOR	ENRIQUE	TRUJILLO	ARENAS		5									H			H			I	A		I					1	4	
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL, NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL, NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL, MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	10

COORDINADOR(A) EA

Monica Arias
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICI: ASOCIACION DE HCBF PORFIA 3
NIT: 800-143-122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: ABRIL AÑO:
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMIBIENVENIR
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN
Regional: META Centro Zonal: 01 Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): CAMILA BARON LINARES CC: 40388095.
Código CUENTAME UDS: 5000100028810 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL CARIÑOSO
Dirección UDS: CL 39 # 46_04 LIBERTADORES Teléfono UDS: 3114522360.
Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES MARTES MIERCOL JUEVES VIERNES)	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	CC	1006856491	ANGIE	NATALIA	NIETO	RUIZ	25	7.		A	A	A I	I	3	2	
02	CC	1121955531	YOIS	LIZETH	GARZON	JOYA	37	6.		A	A	A A	A	5	0	
03	CC	1122132903	LEIDY	KATHERINE	MORALES	GUIZA	32	3.		A	A I	I	I	2	3	
04	CC	1006859543	GINNA	FERNANDA	MORENO	VANEGAS	23	5.		A	I	I A	/	2	3	R
05	RC	1122945772	MARIA	ANTONELLA	LINERO	RODRIGUEZ		1.		A	A I	I	A	3	2	
06	RG	1121989844	KEILER	ANDRES	GUARIN	ROMERO		2.		A	I	A A	A	4	1	
07	RG	1121989816	AILANY	TAMARA	PARDO	GONZALES		3.		A	I	I A	A	3	2	
08	RG	1123455311	SAMIR	ANDRES	ARRIETA	RUIZ		3.		A	A A	A	I	4	1	
09	RG	1122544394	NOA	NAHOMY	ROBERTO	RIVERA		2.		A	A A	A	A	5	0	
10	RG	11238255559	MIA	KAILANY	LOPEZ	GUTIERREZ		3.		I	A I	I	A	2	3	
11	RG	1121990010	ARIANA		MALDONADO	GUETIO		2.		I	A A	I	I	2	3	
12	RG	1029971999	LUISANNYS	ALEXA	ZAPATA	ROJAS		7.		I	I	A I	I	1	4	R
13	RG	1244828868	LAHIAM	THOMAS	GUTIERREZ	PASCUAS		7.		A	I	A I	/	2	3	R
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

Camila Barón L.
COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.172-5 NUMERO DE CONTRATO: 5000653/2024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
NOMBRE Agente educativa: LUCIA MORENO CRUZ CC: 4 0 3 9 4 6 2 2
Codigo CUENTAME UDS 5000100000480 Nombre unidad de servicio unidad de Atencion: EL PRINCIPITO
Dirección UDS: CALLE 22 C SUR 16 C 15 ESTE LA CAROLINA Teléfono UDS: 3 0 0 1 1 4 9 0 9 7

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	C.C	1.123.803.283	TATIANNA	ALEJANDRA	POLO	GARCIA	20									A			A		A				A				A				5		
02	C.C	1.006.534.859	DINA	LORENA	BEJARANO	SANCHEZ	23									A			A		A				A				A				5		
03	C.C	1.122.927.820	LINA	SOFIA	MORALES	VANEGAS	19									A			A		A				I				A				4	1	
04	C.C	1.234.792.490	YESICA	ALEJANDRA	MOGOLLON	GAÑAN										A			A		A				A				A				5		
05	C.C	1.121.857.290	LEIDY	VIVIANA	ALFONSO	GUTIERREZ	37									A			A		A				A				A				5		
06	T.I	1.122.927.822	ALISON	NICILT	CASTRO	RIVERA	18									A			/		J				/				/				1	1	
07	C.C	1.121.944.815	ANGELICA		RODRIGUEZ	VETIA	29									A			A		A				A				A				5		
08	C.C	1.006.690.822	LUISA	FERNANDA	ACEVEDO	MORENO	24										A				A				A				A				5		
09	R.C	1.121.990.368	DANNA	ISABELLA	CALLEJAS	LOZADA		0								I					E				A				A				3		
10	C.C	1.121.990.237	HANNY	SOFIA	RINCON	BELTRAN		1								I					A				A				A				4		
11	RC	1.122.544.460	AMARANTA		TORRES	ROJAS		2								A					I				A				A				4		
12	R.C	1.121.998.122	JULIAN	SANTIAGO	MOLINA	VEGA		3								A					A				A				A				5		
13	R.C	1.121.989.722	MIA	ANTONELA	BARBOSA	BARRERA		3								A					A				A				A				5		
14	RC	1.121.989.404	MARIAPAZ		GUALTEROS	DAVILA		4								A					A				A	A			A				5		
15	RC	1.121.988.998	JAIR	SANTIAGO	ESPITIA	HERRERA		6								A					A				A	A			A				5		
16	CC	1122621874	LAURA	CAROLINA	RUIZ	GUTIERREZ	24																		A	A			I				2	1	
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	68	3	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

LUCIA MORENO CRUZ
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERAN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: **Pública**

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION PORFIA 3 — IDENTIFICACIÓN: CC — Hoja ___ de ___

NIT: 800143122-6 — NUMERO DE CONTRATO: 50006532024 — Regional: META — Centro Zonal: UNO — Municipio: VILLAVICENCIO

MES: ABRIL — AÑO: 2026 — Nombre Agente Educativo (a): SANDRA PATRICIA BELTRAN — CC: 40391193

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMI — Código CUENTAME UDS: 5000100024771 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FAMI DEJANDO HUELLAS

SERVICIO DE ATENCIÓN: — CALLE 20# 11-47 CAMELIAS — Teléfono UDS: 3115390568

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO						
01	RC	1121990277	JHAILANY	SALOME	MENDOZA	JULIO		2		5		
2	RC	1121990267	ADHARA	SOFIA	CAMPO	SALGUERO		2		5		
3	RC	1122945773	LIAM	MATHIAS	PIRAGUA	VARGAS		3		5		
4	RC	1122544419	NEITHAN	JOEL	DIAZ	OCORO		2		5		
5	RC	1121989736	ADHARA	ISABELLA	CASTILLO	HERRERA		3		5		
6	RC	1121989759	LIAM	SAMUEL	CARDENAS	GONZALEZ		3		5		
7	RC	1029972149	LIA	VICTORIA	CESPEDES	MARTINEZ		3		5		
8	RC	1123455290	JHOANA	VICTORIA	CARRANZA	CHANTRE		4		5		
9	RC	1122544260	ANGEL	FELIPE	BECERRA	CESPEDES		5		5		
10	CC	7559901	MILENNY	ANDREINA	MARQUEZ	GRATEROL	27			5		
11	CC	1121861402	LIZETH	DAYANNA	LOZANO	VILLAMIL	18			5		
12	CC	1121907898	YEIDI	CAROLINA	RAMOS	PARRADO	32			5		
13	CC	1121879317	AMPARO	LILIANA	HERNANDEZ	CUELLAR	35			4	1	
14	CC	1121869083	MARIA	LUZ DEY	MONTOYA	GOMEZ	36			2	3	
15	CC	1121956146	NEIDY	KAMILA	SALAZAR	QUEVEDO	28			5		
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
22												
									TOTAL	71	4	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

SANDRA BELTRAN

COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PORFIA 3
Nº: 800143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: META Centro Zonal: 1 Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DERLY ALEXANDRA HERRERA CC: 40398434
Código CUENTAME UDS: 5000100028060 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRESITAS
Dirección UDS: CLLE 6 N°28-25-27 COMUNEROS Teléfono UDS: 3214991749

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	C.C.	1121915938	JENNY	CAROLINA	MEDINA	LOPEZ	24	11		5		
02	C.C.	1121902535	YALY	MARCELA	TENORIO	RUIZ	32	8		3	2	
03	C.C.	1.121.953.162	VIVIANA	ALEJANDRA	FLOREZ	CHAVES	28	1		5		
04	C.C.	1.123.800.904	PAULA	ANDREA	GONZALEZ	BOHORQUEZ	21	7		4	1	
05	C.C.	1121904587	KAREN	MELIZA	GONZALEZ	MUÑOZ	32	5		4	1	
06	CC.	1006772098	AELIN	YACELI	ESCAMILLA	USURIAGA	24	6		4	1	
07	C.C.	1.193.092.658	RONNIE		REYES	RODRIGUEZ	23	8		5		
08	R.C.	1.122.945.848	AELYN	THALIANA	MENDEZ	SUAREZ	0	0		5		
09	R.C.	1121989957	VALERY	LUCIANA	PAZ	PAZ	0	2		5		
10	R.C.	1122644234	ANTHONELLA		ACUÑA	OREJUELA	0	4		5		
11	R.C.	1.123.825.492	THYAGO	SALVADOR	ALBARRACIN	VILLALBA	0	5		4	1	
12	R.C.	1123825397	ELANITH	SAMARA	AVILA	BERMUDEZ	0	5		5		
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	54	6	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

Derly Alexandra Herrera
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera una COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 2
NIT: 800 143 122-5 NUMERO DE CONTRATO: 5000653024
MES: Abril AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR COMUNITARIO FAMI BIENVENIR
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN 40343144
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): Ala Andrea Sánchez García
Código CUENTAME UDS: 500010008455
Dirección UDS: CALLE 30 No. 26-09 B. Porvenir

Hoja 1 de 1
Centro Zonal: Uno Municipio: Villavicencio
CC 40343144
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Goticas de Amor
Teléfono UDS: 3156144398

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	1ª LUNES	1ª MARTES	1ª MIÉRCOLES	1ª JUEVES	1ª VIERNES	2ª LUNES	2ª MARTES	2ª MIÉRCOLES	2ª JUEVES	2ª VIERNES	3ª LUNES	3ª MARTES	3ª MIÉRCOLES	3ª JUEVES	3ª VIERNES	4ª LUNES	4ª MARTES	4ª MIÉRCOLES	4ª JUEVES	4ª VIERNES	5ª LUNES	5ª MARTES	5ª MIÉRCOLES	5ª JUEVES	5ª VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	CC	21161850	YUDITH	MERCEDES	ROMERO	MEZA	29	2								A					A					A	A				A			5	0	
02	CC	1005703371	KAREN	LICETH	LOPEZ	SOTO	19	8								A				A	A					A					A			5	0	
03	CC	1121990508	EITAN	ALEJANDRO	ALVAREZ	SALAZAR	0	1								A					A					A				A	A			5	0	
04	RC	1123825902	EMMANUEL	MATEO	CANDIA	SOLANO	0	1								A					A					A	A				A			5	0	
05	CC	1121937734	MARTHA	LILIANA	RUIZ	GARZON	29	6								A					A A					A					A			5	0	
06	CC	1121909867	AURA	CRISTINA	PERDOMO	MERCHAN	22	6								A					A					A	A				A			5	0	
07	CC	1006775708	BRIGITH	NATALIA	PAEZ	HERNANDEZ	27	2								A					A				A	A					A			5	0	
08	CC	1121896565	YOLMAIRA	ALEJANDRA	JARA	SALAZAR	20	7									A					A			A	A					A			5	0	
09	RC	1123825806	GAEL	MARTÍN	JIMÉNEZ	OYOLA	0	2									A					A				A				A	A			5	0	
10	CC	1065806338	GISSELLA	ESTHER	BUELVAS	CASTRO	32	2									A					A A				A					A			5	0	
11	RC	11225444528	VALERY	SAMANTHA	SILVA	RIAÑO	0	1									A					A				A				A	A			5	0	
12	CC	1122945770	LIAM ARAN	ARAN	LOPEZ	GOMEZ	0	2									A					A			A	A					A			5	0	
13	RC	1122545592	ALAHIA	ALEXANDRA	BAQUERO	BELTRAN	0	2									A					A			A	A					A			5	0	
14	RC	1123825590	JUAN	JOSE	SABOGAL	ROJAS	0	4									A			A		A				A					A			5	0	
15	CC	1014859550	KAREN	MARIANA	MONTOLLA	BAQUERO											A					A		A		A					A			5	0	
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	75	0	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	15

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PORFIA 3
NIT: 900.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DELLANETH MORERA ALONSO CC: 35263 955
Código CUENTAME UDS: 5000100127956 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HCB FAMI MANITAS CREATIVAS
Dirección UDS: CALLE 27 5 A 41 VILLA DEL SOL Teléfono UDS: 320 452 15 69

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1121947616	ALLISON	DEYANIRA	CAMELO	VELASQUEZ	28	8								A					F			A		A				A			5		
02	CC	1121955061	LINA	MARCELA	SUAREZ	ALONSO	27	10								A			A		I					A				A			4	1	
03	CC	1121916136	LEIDY	JOHANA	PARDO	MARTINEZ	31	8								A					A				A	A				A			5		
04	CC	1121959076	LEIDY	KATERINE	PINTOR	MARTINEZ	27	7								A				A	I					A				A			4	1	
05	CC	1006776206	ANGELA	JOHANA	PENAGOS	SANDOVAL	25	11								A					A			A		A				A			5		
06	TI	1029962913	PAULA	CRISTAL	LAVERDE	CONTRERAS	14	8								A					A				A	A				A			5		
07	CC	1121911158	JAZMIN	VIVIANA	CASTRO	MOLANO	32	1								I					I				A	I				I			1	4	
08	RC	1122945809	RIGEL	AXEL	ALVAREZ	DIAZ		0								I					I			A		A				A			3	2	
09	RC	1121990322	LIAM	ALEJANDRO	ESPINOSA	PARRA		1								I			A		A					I				A			3	2	
10	RC	1121990106	ALAM	JACOBO	SUAREZ	CUENCA		1								A			A		A					A				A			5		
11	RC	1123825708	JACOBO		SANDOVAL	ZAMORA		1								A				A	I					A				A			4	1	
12	RC	1029972145	AXEL		BORDA	SANTOYA	0	4								A					I					A	A			A			4	1	
13	RC	1123455269	MARIA	VICTORIA	HERNANDEZ	QUINTERO	0	4								I				A	I					I				A			2	3	
14	RC	1122544279	LIAM	GAHEL	SANCHEZ	SILVA	0	5								I					A					I	A			I			2	3	
15																																			
16																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	52	18	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	7
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	7

COORDINADOR(A) EA

Dellaneth Morera.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION PORFIA 3
NIT: 800.143.122- 6 NÚMERO DE CONTRATO: 560095322024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: VIL UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DIANA XIMENA MARTINEZ MORALE CC 4 0 3 3 4 2 7 4
Código CUENTAME UDS: 5,0001E+12 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR RAYITOS DE LUNA
Dirección UDS: K18A 25A 90 94 C 25D 18 33 DOS MIL Teléfono UDS: ##

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	R.C	1123825542	EMILY	SAMANTHA	GOMEZ	MATIAS	0	3		5	1	
02	RC	1121989813	JEIDEN	DAVID	RODRIGUEZ	ROMERO	0	4		5		
03	RC	1123455351	IAN	JADIEL	CARDONA	MARMOLEJO	0	3		5		
04	RC	1122945696	THIAGO	GAEL	VAZQUEZ	NUÑEZ	0	5		5		
05	RC	1253259146	EVALUNA		GIRON	ALVAREZ	0	5		5		
06	RC	1121989616	IRMARYS	ALINA	MORENO	RAMOS	0	4		5		
07	RC	1123825451	DARIANNIS	NAZARETH	CUEVAS	GONZALEZ	0	5		5		
08	C.C	1121864530	YURD	FRANY RINEY	MANTILLA	ARGUELLO	25	7		5		
09	C.C	1006796874	PAULA	NATALIA	BELTRAN	RAMIREZ	24	11		5		
10	RC	1123825303	MARIA	SALOME	OSORIO	CORTES	0	5		5		
11	PPT	6470860	KARLA	MARYELINA	MELENDEZ	SANCHEZ	21	8		5		
12	RC	1121989645	MARIA	ANGEL	ORTIZ	BEJARANO	0	5		5		
13	RC	1121990100	ANTONELLA		LOAIZA	MONTERO	0	1		5		
14	C.C	1121989646	ANGEL	SANTIAGO	ORTIZ	BEJARANO	0	5		5		
15	CC	1123801785	SARA YULEYSI	CATALINA	MONZON	LEON	23	5		5		
									TOTAL	75		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	11
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	4

COORDINADOR(A) EA

1033427741 U/CIO
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	1/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HOGARES ICBF PORTAL 2
NIT: 900.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO: 5000853204
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): SULLY GUTIERREZ CC: 1121815825
Codigo CUENTAME UDS: 560011113021 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LA ALEGRIA DE VIVIR
Dirección UDS: SECTOR 2 MZ 11 CASA 21 Teléfono UDS: 3203532497

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES a VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1234796619	JERONIMO		SANCHEZ	RUEDA		1		1	4	
02	CC	1121964553	KAROL	NIYIRETH	VILLAVIML	ALFONSO	26			4	1	
03	CC	1007702589	YISETH	DAYANA	MELO	SANCHEZ	26			2	3	
04	CC	1013630106	ERIKA	YISETH	GONZALEZ	BRICEÑO	34			4	1	
05	CC	1121990459	ELIAN	SAMUEL	ESPITIA	TORRES		1		4	1	
06	CC	1122655781	JAZMIN	ESTHER	ESQUERRA	VELASQUEZ	27			5		
07	CC	1006856423	MARTHA	ISABEL	CASTRO	CARDENAS	26			2	3	
08	RC	1121989986	MIA	ISABELLA	GALVIS	BELTRAN		2		5		
09	RC	1123825723	ELBERT	EMANUEL	BELTRAN	AGUDELO		2		5		
10	RC	1123825704	GRECIA		GUEVARA	CRUZ		2		5		
11	CC	1234792420	NICOLE	MAYERLING	VALBUENA	ARANDA	27			4	1	
12	RC	1123825382	SARAH	LUCIA	PARRADO	MAHECHA		4		3	1	
13	RC	1121989962	EDWARD	MATHIAS	CARRANZA	JIMENEZ		1		3	1	
14	CC	1122511568	YULI	ANDREA	MORENO	PADILLA	26			5		
15	CC	1006701220	DAHIANNA	ARIAS	DOMINGUEZ	ARIAS	27			2	3	
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	54	19	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 6 MESES ASISTENTES	7
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	8

COORDINADOR(A) EA

Sully G.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HCB DE PORFIA 3
NIT: 800.143122-6 NUMERO DE CONTRATO: 50006532026
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LIZETH VIVIANA SANCHEZ CC 1121218910444
Código CUENTAME UDS: 500010002801 5 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LA CASITA DE MICKEY MOUSE
Dirección UDS: CALLE 17 SUR 10 34 ESTE VILLA MELIDA Teléfono UDS: 3041159897

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	C.C	1121876478	NARDA	KATHERINE	CHARRY	ABRIL	34		A A A I A	4	1	
02	C.C	1006826138	KAROLL	JULIANA	CARDOZO	MORENO	22		A A A A A	5		
03	C.C	1192803723	DAMARIS	LIZETH	PINEDA	QUINTANA	24		A A A A A	5		
04	PPT	6538893	MARIA	ALEJANDRA	RODRIGUEZ	URBAEZ	24		A A I I I	2	3	
05	C.C	1006797087	DIANA	MICHELL	ROJAS	LOZANO	23		A A A A A	5		
06	CC	1121903544	RUDDI	YISEP	PALACIOS	RODRIGUEZ	33		I A A I I	2	3	
07	PPT	6089558	LENYERNIS	JERILUZ	CASTILLO	HERNANDEZ	28		I A H H A	1	4	
08	CC	1122945833	VALERY	STEFANIA	BECERRA	TORRES		0	I A A H A	2	3	
09	SD		ALAN	JESUS	RODRIGUEZ	LEON		4	A H A I A	3	2	
10	RC	1123825601	ABBY	ANTHONELA	ROZO	DURAN		4	A A A A A	5		
11	RC	1121989983	ALAIA	ALEXANDRA	ARIAS	OVIEDO		4	A A A A A	5		
12	RC	1029972146	JOEL		RIVEROS	PALACIOS		4	A A A A A	4	1	
13	RC	1121989379	JACOBO		CANO	GALLEGO		5	A H A A A	3	2	
14	RC	1253259081	THIAGO	MATHIAS	RONCANCIO	RODRIGUEZ		5	A A A A A	5		
15	RC	1123825309	EITHAN	JOSEPH	LEON	TRUJILLO		5	A A A A A	5		
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	56	19	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	7
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DEL ICBF EN LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PORFIA TRES
NIT: 800143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN HOJA 1 DE 1
REGIONAL: META CENTRO ZONAL: VILLAVICENCIO - UNO MUNICIPIO: VILLAVICENCIO
NOMBRE AGENTE EDUCATIVO (A): LUZ DARY PABON LEAL CC: 40392205
CÓDIGO CUENTAME UDS: 5000100023839 NOMBRE UNIDAD DE SERVICIO/ UNIDAD DE ATENCIÓN: LA SAGRADA FAMILIA
DIRECCIÓN UDS: CRA 37 N° 21 – 42, 44 BARRIO SAN BENITO TELÉFONO UDS: 3213860017

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DEL RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIA	INASISTENCIA	
01	C.C	1122508742	KAROL	VALENTINA	HERRERA	AVILA	21	3								A					A			A				A	A					5	0	
02	C.C	1029980041	PAULA	ALEJANDRA	HERNANDEZ	JARA	21	4								A					I			A				I	I					2	3	
03	C.C	1006863805	LAURA	DANIELA	ORTIZ	RINCON	23	6								A					I			A				I	I					2	3	
04	R.C	1123825841	KAITLIN	ANTONIETA	GUEVARA	INTENCIPA		0									A								A				A	A					4	0	
05	R.C	1123825840	ALAILA	ANTONELLA	LINARES	GOMEZ		0									A								A				A	A					4	0	
06	R.C	1123825846	SAMAY	ALANNA	ROJAS	URREA		0									A								A				A	A					4	0	
07	R.C	1121990212	MIA	ISABELLA	TIUSO	SANCHEZ		1									A		A										I	I					2	2	
08	R.C	1121989940	ARON	GABRIEL	AMARANTO	FONSECA		2									A		A										A	A					4	0	
09	R.C	1121989845	LAUREN	SOFIA	MORA	ORTIZ		2									A		A										A	A					4	0	
10	R.C	1121989447	YARETZY	CATALEYA	CALZADILLA	URREA		3									A			A									A	A					4	0	
11	R.C	1029972080	PARIS	NICOLE	FERNANDEZ	CUELLAR		4									A			A									A	A					4	0	
12	R.C	1121989221	JUAN	PABLO	RUBIANO	VIZCAINO		5									A			A									A	I					3	1	
13	R.C	1253258980	NOA	DARIANA	PINEDA	ANGEL		6									A										A	A	A						4	0	
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
																																	TOTAL	46	9	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	9
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	1
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	3

COORDINADOR(A) EA

Luz Dary Pabon Leal
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HCB DE PORFIA 3
NIT: 800,143122-6 NUMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): YERSY MARCELA GOMEZ CC: 1121340163
Código CUENTAME UDS: 5000100134227 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LAS BELLAS
Dirección UDS: CALLE 15 SUR BA 10 ESTE MZ M CASA 2 VALLES DE ARAGON Teléfono UDS: 3134 126249

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1121947022	MARIA	FERNANDA	REYES	CARRILLO	28	6			15	1	
02	CC	1121830492	LEYDI	MILENA	MORENO	RIAÑO	38	9			15	0	
03	CC	1121844064	ANA	KARINA	CASTILLO	CASTILLO	37				15	0	
04	CC	1022988376	YEIMY	VANESSA	DAZA	CASALLAS	32				10	1	
05	CC	1121891937	LUZ	OMAIRA	QUINTERO	HERRERA					14	1	
06	CC	1006902571	KAREN	DAYANA	BERNAL	AVILA	22				15	0	
07	TI	1122519060	LILIA	FRAYZURY	TIQUE	LOPEZ	17				14	1	
08	CC	1023958493	HEIDY	ALEXANDRA	BECERRA	CASTIBLANCO	28	11			11	4	
09	ppt	5219867	JOELYS	RAQUEL	RINCON	TAPIA	17	0			11	2	
10	RC	1244829015	LIAM	JACOB	RIOS	SANCHEZ		0			11	4	
11	RC	1244829021	THIAGO	MARCEL	VIVI	HERNANDEZ		2			12	1	
12	RC	1122945794	HEYLEN	AYLANNY	GARCIA	GUILLEN		1			13	2	
13	RC	1244828949	SARAH	ANTONELLA	PALOMO	TOTENA		3			15	0	
14	RC	1121989882	SAMARA		REAL	REYES		2			15	0	
15	RC		THIANA	GISSELLE	SIMIJACA	Rincon					10	2	
16	SD		MAXIMILIANO		HURTADO	DAZA					11	2	
17													
18													
19													
20													
									TOTAL		147	20	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	6
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	8

COORDINADOR(A) EA

Yersy Gomez
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BBenavides

Rudo: Jorge David Benavides Ortega
Apoyo tecnico a la supervision
16/04/2026

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/8/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HOGARES ICBF
NIT: 800143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 9000632024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___
Regional: META Centro Zona: UNO VILLAVICENCIO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ADRIANA NIETO CUBILLOS CC: 35261962
Código CUENTAME UDS: 5000103021801 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS CHIQUITINES
Dirección UDS: CALLE 39#18B58 URB. LA FLORENCIA Teléfono UDS: 3135920309

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES			ASISTENCIAS	AUSENCIAS	
01	CC	1006655887	PAULA	NATALIA YURLEY	CARDENAS	HERNANDEZ	25	01	A A A A A	A A A A A	5		
02	CC	1120500629	ADRIANA	LUCIA	RAMIREZ	GOMEZ	21	07	A A A A A	A A A A A	5		
03	CC	1006797363	MARIANA		FRANCO	TABAREZ	22	11	A A A / /	/ / / / /	3		
04	CC	1123800036	JULIANA		POVEDA	ROMAN	22	01	A A A A A	A A A A A	5		
05	CC	1121863253	KAREN	BEATRIZ	SARMIENTO	CAMPOS	36	00	A A A / /	/ / / / /	3		
06	CC	1007442397	LUISA	FERNANDA	PUERTO	PARDO	26	10	A A A A A	A A A A A	5		
07	CC	1123860002	NICOL	TATIANA	CASTILLO	ROJAS	22	04	A A A A A	A A A A A	5		
08	CC	1120954923	DINA	LORENA	SILVA	MEDINA	20	02	A A A A A	A A A A A	5		
09	CC	1006797025	KELY	NATALIA	RODRIGUEZ	DIAZ	24	02	A A A / /	/ / / / /	3		
10	RC	1123455428	THIAGO		NOVOA	ORDOÑEZ	00	00	I A A A A	A A A A A	4	1	
11	RC	1122945860	ELION	MATHIAS	FARFAN	MUÑOZ	00	00	I A A A A	A A A A A	4	1	
12	RC	1121990155	MIA	CATALEYA	CABARCAS	NAVARRO	00	01	A A A A A	A A A A A	5		
13	RC	1121990114	MIGUEL	ANGEL	CARDONA	DIAZ	00	01	A A A A A	A A A A A	5		
14	RC	1029972126	SERGIO	ANDRES	PRIETO	RAMIREZ	00	03	A A A A A	A A A A A	5		
15	RC	1121989356	MAITE	SAMANTHA	ROMERO	VELASQUEZ	00	04	A A A A A	A A A A A	5		
16	SD		Liam	emquel	Sarmiento	Compos.	00	00	I I I I I	I I I I I	0	2	
17	RC	1121990670	jordan	Matias	Bolton	Rodriguez	00	00	I I I I I	I I I I I	0	2	
18	SD		Havlon	Isaac	Oviedo	Franco	00	00	I I I I I	I I I I I	0	2	
19													
20													
										TOTAL	67	8	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	8
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	7

Adriana Nieto C

COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PF	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PORFIN 3
NIT: 806.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5800653224
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACIÓN: CC - RC - TI
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LEIDY JOHANNA TORRES AMAYA CC: 40334935
Código CUENTAME UDS: 5000100021740 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS GIRASOLES
Dirección UDS: CLL 39A # 7C 21 BRR MANANTIAL Teléfono UDS: 3123406048

Hoja 1 de 1

No de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	
01	T.I	1115912773	BRILLITH	DAYANNA	PARADA	HERNANDEZ	17	9	5	0	
02	C.C	1006826135	PAULA	ANDREA	ROJAS	MARTINEZ	22	2	5	0	
03	C.C	1006798835	DIANA	VALENTINA	RUIZ	NOVOA	25	1	5	0	
04	C.C	1106332666	ANGELA	MARIA	ACOSTA	QUINTERO	25	3	5	0	
05	C.C	1121921164	DAYANNA	ANDREA	ROBAYO	PINTO	31	0	3	2	
06	C.C	1120870667	YURI	CAROLINA	VELASQUEZ	LOZANO	31	10	2	3	
07	R.C	1122544489	EVELYN	SARAY	ROJAS	GONZALEZ	0	1	4	1	
08	R.C	1122945761	IAN	SANTIAGO	ACUÑA	YAGUILU	0	1	5	0	
09	R.C	1122544435	JUAN	SEBASTIAN	RINCON	PACHECO	0	2	5	0	
10	R.C	1121989912	ALISSON		BELTRAN	HERNANDEZ	0	2	4	1	
11	R.C	1121990039	ALANA	CATALEYA	PINTO	RAMIREZ	0	2	5	0	
12	R.C	1029972205	THIAGO	EMMANUEL	DIAZ	MEJIA	0	2	5	0	
13	R.C	1121989900	DAVID	ALEJANDRO	MARTINEZ	QUIROGA	0	3	5	0	
14	R.C	1121989244	NOAH	GAEL	MURCIA	DIAZ	0	4	5	0	
15	R.C	1121989540	ANDRES	JERONIMO	BRAVO	ESPINAL	0	5	5	0	
16											
17											
18											
19											
20											
									TOTAL	68	7

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	9
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	6

COORDINADOR(A) EA

LEIDY JOHANNA TORRES
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera una COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800143122-6
MES: ABRIL
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR
NÚMERO DE CONTRATO: 5006532024
AÑO: 2025

IDENTIFICACIÓN: 40397573
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): LUCILA GUERRERO FUENTES
Código CUENTAME UDS: 5000100115973
Dirección UDS: CALLE 43 A ESTE13-50 BARRIO PORTALES DEL LLANO
Centro Zonal: UNO
CC: 40397573
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MANITOS ENCANTADAS
Teléfono UDS: 3208469268

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1.006.825.554	KELLY	JHOANA	DIAZ	MARIN	25	8		4	1	
02	CC	1.029.983.750	EDNA	KATHERINE	RAMIREZ	AGUDELO	19	8		3	1	
03	CC	1.072.719.507	MARICELA		CLAVIJO	QUEVEDO	33	0		4	1	
04	CC	1.097.101.490	GISELL	XIMENA	DELGADO	DEVIA	18	0		3	2	
05	RC	1.122.544.508	MIA	DAHIARA	ARCE	ALONSO	0	1		1	4	
06	PT	5.670.441	JULIANNY	YOSELIN	BRICEÑO	VILLEGAS	19	5		2	2	
07	CC	1.006.777.432	MARYORY		VANEGAS	GARZON	24	10		5		
08	RC	1.244.829.034	EMERSON	ANDRES	HERNANDEZ	ORDOÑEZ	0	1		2	3	
09	RC	1.121.990.046	AMY	VICTORIA	PINEDA	SEQUENA	0	3		2	3	
10	RC	1.121.989.615	EMMANUEL		CRUZ	ZAPATA	0	4		3	2	
11	RC	1.123.825.509	MARTIN	GAEL	BADILLO	TABORDA	0	4		5		
12	RC	1.122.544.336	ALANA	VICTORIA	SANCHEZ	REYES	0	4		4	1	
13	RC	1.123.825.614	NAHOMY	ALESSANDRA	CASTRO	RAMIREZ	0	3		5		
14	RC	1.123.825.502	MARIAN	GABRIELA	NOVOA	VITONCO	0	5		4	1	
15	RC	1.122.544.303	LIAH	CATTALEIA	GIRALDO	ARBOLEDA	0	5		4	1	
16	cc	1007380994	Ivan	Vanesca	Piñeros	Baquero				1		
17	cc	1.110.468035	Anyi	Kathern	Gomez	Hernandez.				1		
18	C											
19												
20												

TOTAL 53 22

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: Asociación de HCB Perla 3
NIT: 900.140.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN: CC RC-TI
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA VIVIANA VERGARA ROBLEDO CC: 40328636
Código CUENTAME UDS: 5000100000458 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI HUELLITA
Dirección UDS: CR 34 N 23-67 SAN BENITO Teléfono UDS: 3133779941

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL ASISTENCIA		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																														
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA							SEGUNDA							TERCERA							CUARTA							QUINTA									
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES						
01	CC	1.121.882.584	ELIZABETH		CASTAÑEDA	GUAVITA	34	5								A				A				A	A						A							5		
02	CC	1.121.894.560	YESSICA	DAYANA	CULMA	GUAYABO	33	4								A				A				A	A						A							5		
03	CC	1.013.655.643	ANGUI	KATHERINE	LEON	ALVIRA	31	2								I				I				/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	0	2	
04	CC	1.121.946.667	KAROL	DANIELA	HERNANDEZ	LAITON	28	9								A				A					A	A						A							5		
05	CC	1.006.875.700	GISETH	LORENA	NAVARRETE	CHAVERRA	23	6								A				A					A	A						A							5		
06	CC	1.122.918.756	YENNY	BRIGITH	ROJAS	RODRIGUEZ	21	11								A				A					A	A						A							5		
07	RC	1.121.990.446	EITHAN	ANDRES	ROBLES	LARGACHA	0	0								I				I				A	I						I							1	4	
08	RC	1.234.796.582	ELAINE	ISABELLA	RODRIGUEZ	BURGOS	0	0								I				I				A	I						I							1	4	
09	RC	1.122.544.465	ANGEL	FARID	MANRIQUE	MORENO	0	1									A		A		A				A							A							5		
10	RC	1.122.544.453	ALANNA	CELESTE	GONZALEZ	HERNANDEZ	0	1									A		A		A				A							I							4	1	
11	RC	1.122.945.767	ANGEL	GABRIEL	BASTIDAS	PEREZ	0	1									A		A		A				A							A							5		
12	RC	1.122.544.243	LIA	PAULETT	GOMEZ	PEREZ	0	6									A			A	A				A							A							5		
13	RC	1.253.259.082	DARA	CELESTE	MEDINA	BELTRAN	0	5									A			A	A				A							A							5		
14	RC	1.123.825.521	MILAGROS	ISABEL	MORENO	GONZALEZ	0	4									A				A			A	A							A							5		
15	RC	1.121.989.172	ELIANNIS	VALERIA	CERVANTES	URDANETA	0	6									A			A	A				A							A							5		
16	RC	1.121.990.564	Samuel	Jesus	Betancourt	Leon	0	0									A							A	I							I							1	2	
17																																								
18																																								
19																																								
20																																								
																																					TOTAL	62	13	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	7
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	6

COORDINADOR(A) EA

Sandra Viviana Vergara
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SEI ASOCIACION HCB PORFIA 3
NIT: 800143122-6 NÚMERO DE CONTRATO 50006532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: META Centro Zonal 1 Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a) MARGARITA GARCIA CC 40388077
Código CUENTAME UDS: 5000100124540,00 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MI PEQUEÑA LULU
Dirección UDS: CRA 26B NO 6A-56 SERRANIA Teléfono UDS: 3144536252

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD				ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES					
01	RC	1121989030	AMELIA	SHULAMIT	LEON	VARGAS		7			5		
05	RC	1121988917	MIA	ISABELLA	BUITRAGO	HERRERA		7			5		
01	RC	1121989643	LYHAN	MATIAS	ROJAS	GALINDO		4			5		
02	RC	1123455239	JULIETA		JIMENEZ	ASCENCIO		5			5		
03	RC	1123825801	JOSUE	MATHIAS	MORENO	RAMIREZ		1			5		
06	RC	1121990377	ANGEL	DARIO	GONZALEZ	AGUILAR		1			1		
07	RC	1123825733	GISELL	SAMARA	JAIME	ARANGO		1			5		
08	RC	1123825865	MIA	SALOME	RUIZ	MOYA		1			1		
09	RC	1121990207	MADELYN		VERA	SUESCA		1			5		
10	CC	1007449045	JENNYFER	NATALIA	PACHON	FERNANDEZ	26				2		
11	CC	1022927375	WENDY	DALLANA	MESA	TRIANA	22				5		
12	CC	1121872724	STEFANNY	KATHERIN	CARRANZA	MORENO	35				5		
13	CC	1121876747	ENA	ROCIO	PAZ	INESTROZA	35				5		
14	CC	1122509296	KAREN	TATIANA	DIAZ	BAQUERO	21				5		
15	RC	1121990556	ANA	SOFIA	PACHON	FERNANDEZ						2	
19													
20													
											TOTAL	59	2

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	7
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	2
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	5

COORDINADOR(A) EA

Margarita Garcia
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION PORFIA 3
NIT: 800143122-8 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): CARMEN JULIA RIVERA CH. CC: ##
Código CUENTAME UDS: 5.0001E+12 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI PEQUEÑO MUNDO
Dirección UDS: CARRERA 46 SUR -31-44 Teléfono UDS: ##

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1123160110	PAOLA	TATIANA	LOPEZ	NOGUERA				13		
02	RC	1121990073	MIA	ANTONELLA	AROCA	VARGAS				21		
03	CC	1121949891	KAREN	DAYANNA	CABULO	BELTRAN				31		
04	CC	1048851414	JULIETH	ALEXANDRA	GARCIA	LEGUIZAMON				12		
05	CC	1007723979	LAURA	KATHERINE	TORRES	BERMUDEZ				31		
06	CC	1121931673	MONICA	ALEJANDRA	BERMUDEZ	ORJUELA				31		
07	CC	1007702886	ERIKA	TATIANA	AMAYA	PADILLA				22		
08	RC	1122544479	MARIA	JOSE	VIUCHE	JUSHAYU				12		
09	RC	1234796428	CATALEYA		CESPEDES	HERIZALDE				21		
10	RC	1121990968	AXEL	JERONIMO	ROMERO	BEDOYA				21		
11	RC	1121989261	MIA	AILANNY	HERNANDEZ	MECHE				21		
12	RC	1121989591	MARIAM	ALAILA	ROLDAN	LOPEZ				21		
13	RC	1121989946	THIAGO	ALEEJANDRO	HERNANDEZ	DUARTE				21		
14	RC	1121989405	AILANY	ISABELLA	QUIROGA	COCA				3		
15	RC	1121990232	YESLY	AINNARA	MECHE	MARQUEZ				3		
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	32	18	

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

CARMEN JULIA RIVERA CH.
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION PORFIA TRES
NIT: 800143122-6 NUMERO DE CONTRATO: 5006532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI 40331427
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): YINATH CORREA CC X 40331427.
Código CUENTAME UDS: 5,001E+11 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS CORDERITOS
Dirección UDS: CALLE 42 # 16B-02APTO 102 Teléfono UDS: ##

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1.120.355.757	YEIMY	TATIANA	RIVEROS	MORALES	20	00				
02	PPT	34.745.506	YOSNNEIRI	ALEXANDRA	LIZARAZO	TERAN	19	00				
03	CC	1.029.980.008	VALERIA		PAEZ	MELO	22	00				
04	CC	1.121.824.364	BRIYITH	JULIANA	VARGAS	GUAYABO	22	00				
05	CC	1.121.838.156	GEYDI	LUCIA	CAMELO	GUTIERREZ	36	00				
06	CC	1.122.626.820	KELLY	JOHANNA	URREGO	ARENAS	33	00				
07	CC	1.006.799.607	ASTRID	DAYANNA	MONCALEANO	RIOS	21	00				
08	RC	1.122.544.346	MIA	ELENA	COBO	CUTIVA	00	02				
09	RC	1.121.989.838	DOMINIC	DAVID	ROMERO	DELGADO	00	01				
10	RC	1.122.544.224	AILIANY	SAMARA	DE LA ROSA	FLORIDO	00	04				
11	RC	1.122.945.703	KAIMY	LILIANA	ARDILA	BAQUERO	00	03				
12	RC	1.121.989.960	NEIKER	JERONIMO	SANTANA	CRUZ	00	01				
13	RC	1122544468.	ALANA		FLOREZ	RIOS	00	00				
14	RC	1121990261.	DILAN	SANTIAGO	CARVAJAL	VELASQUEZ	00	00				
15	RC	1122945765.	AILANY	SAMARA	MORA	DELGADO	00	00				
									TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	6
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	2
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	7

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP | 28/08/2025
Versión 1 | Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _____
NIT: _____ 800.143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 5000532024
MES: _____ ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____ FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: _____ FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): _____ DORIS SANTIAGO CASTRO
Código CUENTAME UDS: _____ 5000100012663
Dirección UDS: _____ MANZANA I CASA 23
Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO
CC: 2 0 5 4 6 8 9 4
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS ANGELITOS 1
Teléfono UDS: 3 1 2 3 0 9 9 0 2 3
Hoja ___ de ___
Municipio: VILLAVICENCIO

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	CC	1.121.828.039	JAISES	YOLANDA	RODRIGUEZ	YUCANA	22		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / I	4	1	
02	CC	1.007.741.675	JESSICA	YURANY	ENGUILAN	GARZON	23		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	5	0	
03	CC	1.006.656.253	RUTH	MILA	VILLAOBOS	SANDOVAL	23		A A A A A / A A A A A / I I I I I / A A A A A / I	4	1	
04	SD		ETHAN	GABRIEL	VÁRGAS	BERMUDEZ		6D	I I I I I / A I I I I / I I I I I / I I I I I / I	1	4	
05	CC	1.121.948.882	ELIZABETH		YATE	BEDOYA	28		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	5	0	
06	CC	1.121.905.898	LEIDY	VIVIANA	CRUZ	HERNANDEZ	31		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	5	0	
07	RC	1.244.829.027	LUIS	FELIPE	BEJARANO	BOHORUQEZ		16D	I I I I I / I I I I I / A I I I I / I I I I I / I	1	4	
08	RC	1.122.945.775	MILA	ALEXANDRA	COLINA	GUTIERREZ		1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	5	0	
09	CC	1.069.898.613	LUZ	ADRIANA	CARDENAS	LEON	39		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	5	0	
10	CC	1.006.408.802	JENIFER	CAROLINA	BERNAL	JURADO	25		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	5	0	
11	RC	1.122.544.525	LIAM	SANTIAGO	ZARATE	PORRAS		22D	I I I I I / I I I I I / A I I I I / A A A A A / A	2	3	
12	RC	1.121.990.186	DILAM	LEANDRO	SANCHEZ	VILLAMIZAR		1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	5	0	
13	RC	1.123.825.662	MARTIN	JOSE	DOMINGUEZ	LAISECA		1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	5	0	
14	RC	1.244.828.991	FREDDY	KAEL	NOVOA	CSATRO		1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	5	0	
15	RC	1.121.990.169	JEISON	DAMIAN	MARTINEZ	CAMPO		1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	5	0	
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	62	13	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	8
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	7

COORDINADOR(A) EA

Doris Santiago Castro
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.FP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION HOB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NUMERO DE CONTRATO: 5000032024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN: CC
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DIANA RODRIGUEZ BARRERA CC: 1 1 2 1 8 9 4 1 4 8
Código CUENTAME UDS: 5000100125217 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS ANGELITOS
Dirección UDS: CALLE 36B # 20 A 02 JORDAN Teléfono UDS: 3 1 2 3 7 3 3 1 5 0

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	SD		BRAILEIDYS	YONIANGELA	CEDAÑO	VALERO					5		
02	CC	1121834704	YANETH	PATRICIA	TELLEZ	RAMIREZ					4	1	
03	CC	1192773272	HEIDY	YULIETH	CUENCA	SERNA					5		
04	RC	1122945808	ELIHAN	JACOBO	ACOSTA	YATE					5		
05	RC	1122945789	LIAMN	AKEXANDER	GARZON	ESCANDON					5		
06	CC	1025530653	NICOL	ESTEFANI	RODRIGUEZ	PARDO					5		
07	CC	1234791320	YENIFER	DANIELA	GAVILAN	VARGAS					5		
08	CC	1006797637	DERLY	XIMENA	SANCHEZ	BETANCUR					3	2	
09	RC	1122945807	EITHAN	STIVEN	ACOSTA	YATE					5		
10	CC	1121829258	LUISA	FERNANDA	MONTOYA	LOPEZ					5		
11	CC	1121861681	SANDRA	MARCELA	MARIN	OLAYA					5		
12	RC	1121989820	DYLAN	JULIAN	ROMERO	REY					5		
13	RC	1123455395	JUAN	JOSE	OSPINA	RICO					5		
14	CC	1122652293	NICOL	JULIETH	JAIMES	ARIAS	30	4			5		
15	RC	1122945712	JHON	ESTEBAN	HURTADO	CUEVAS	0	4			4	1	
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	11	4	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	5
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	9

COORDINADOR(A) EA

Diana Rodriguez Barrera
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : ASOCIACION DE HCB PORFIA 3
NIT: 800143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMI COMUNITARIO FAMI COMUNITARIO
SERVICIO DE ATE: HCB FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: META Centro Zonal: UMO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): LUCELLY CORTES CUENCA CC: 40384463
Código CUENTAME UDS: 5000100134245 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI PRIMERA INFANCIA
Dirección UDS: CR 59A E28B25 MZ 34 CASA1 Teléfono UDS: 3213104499

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1.116.798.365	NANCY	YANETH	AMORTEGUI	BASTIDAS	31	11								A				A				A	I					A				4	1	
02	CC	1.121.826.540	YENIFER	LORENA	REYES	TORO	39	5								I				A	A				A					I				3	1	
03	PPT	6.361.207	ANAIS	YOLIBETH	PALACIOS		32	3								A				A	I				A					A				4	1	
04	CC	1.121.905.174	ADRIANA	ELIZABETH	URREA	GONZALEZ	32	4								A				A				A	A					A				5		
05	CC	1.192.807.304	LUISA	FERNANDA	VALENZUELA	FLOREZ	25	2								A				A				A	A					I				4	1	
06	RC	1.121.990.264	HEILY		LOPEZ	URREA	0	1								A				I					A	A				A				4	1	
07	CC	1.121.954.253	ANGELICA	MARIA	PEÑA	GOMEZ	27	10								A				I					A	A				A				4	1	
08	RC	1.122.945.798	AILANY	SARITA	ALFONSO	RUIZ	0	1							A						A				A					A				5		
09	RC	1.121.989.327	ELIAN	MATHIAS	FRANCO	COCA	0	0							I						A			A	I					I				2	3	
10	RC	1.121.989.666	MARIA	VICTORIA	QUIMBAYO	VALENZUELA	0	4							I		A				I				A					I				2	3	
11	RC	1.122.544.370	JAZMIN		PADILLA	RIASCOS	0	3							A						I				I	A				I				2	3	
12	RC	1.121.989.834	BRIANNE	GISELL	LEON	VARGAS	0	3							A		A				A				A					A				5		
13	RC	1.123.825.848	ELIAN	DAVID	ALBERTZI	GARCIA	0	0							A		A				A				A					A				5		
14	RC	1.121.990.029	JAIRO	ANDRES	CAMACHO	BAQUERO	0	2							A						I			A	A					A				4	1	
15	RC	1.123.825.674	IVANNA	GISELLE	PINEDA	ARENAS	0	2							A		A				I				A					I				3	2	
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	57	18	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	8
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	1
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	6

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	1/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SER: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zona: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): NIDIA CATALINA PUENTES F.CC 40185318
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS HUELLAS
Dirección UDS: CALLE 39#45-17 Teléfono UDS: 3182492219

Hoja 1 de 1

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	TOTAL ASISTENCIAS	TOTAL INASISTENCIAS	
01	RC	1122544411	ANTHONY	SMITH	PARRADO	FONSECA	0	3	3	2	
02	RC	1122544475	MAYKEI	ANDRES	FUENTES	ARIZA	0	1	4	1	
03	RC	1123825493	LIANNA	ISABELLA	NOVOA	RIVERA	0	5	4	1	
04	RC	1029972179	ANTONELLA	SALOME	JIMENEZ	PAEZ	0	3	2	3	
05	CC	1121897162	SARAY	CAROLINA	GARZON	MARTINEZ	21	9	5		
06	RC	1121989432	MARIA	CHARLOTTE	TORRES	PARDO	0	5	4	1	
07	T.I	1123805511	JERALDIN	TATIANA	BARRERA	LOZANO	17	10	3	2	
08	RC	1244828920	EITHAN	EMMANUEL	MURCIA	HERNANDEZ	0	5	4	1	
09	RC	1121990481	ALAN	MATIAS	BAQUERO	VALENCIA	0	1	3	2	
10	RC	1121990307	YULIETH	BETHSABELL	ESPEJO	CRUZ	0	2	4	1	
11	CC	1118570374	JULIANA	CATHERINE	SUAREZ	CHACON	28	6	1		
12	RC	1121990395	Evelen	Samantha	Suarez	Chacón	01		2	2	
13	RC	1121989680	Angel	Gabriel	Robles	Acosta	0	4	4		
14	RC	1121989681	Juan	Sebastian	Robles	Acosta	0	4	4		
15											
16											
17											
18											
19											
20											
									TOTAL	A7 I6	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	8
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) EA

Catalina Puentes Peña
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVIC: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): YULY GODOY CC: 1121865211
Código CUENTAME UDS: 5000100018851 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMERAS HUELLITAS
Dirección UDS: CALLE 3 # 06-69 LA NOHORA Teléfono UDS: 3245106598

Hoja 1 de 1

No de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1.122.509.588	LEIDY	JINET	HERRERA	HERNANDEZ	20	11								A				A	A					A				A				5	0	
02	CC	1.121.941.322	THALIA		HERNANDEZ	RAMOS	29	04								A					A					A	I				A				4	1	
03	CC	1.002.947.937	YENIFER		MOLINA	CANTOÑI	25	04								A			A		A				/	/	/	/	/	/	/	/	/	3	0	0
04	SD		EMILIANO		UREA	MENDIETA	00	00								I			A		I					I				I				1	4	
05	CC	1.089.513.568	CIVY	GERALDINE	BERTEL	MARQUEZ	33	00								I			A		I				/	/	/	/	/	/	/	/	/	1	2	0
06	CC	1.016.030.359	OBDULIA		GALINDO	GARCIA	38	07								A					A					A	A				A				5	0	
07	CC	1.006.725.141	ALEXA	MILENA	CUBEO	MACUNA	24	04								A					A			A		A					A				5	0	
08	SD		MARIANGEL		MADERA	MOLINA	00	01									A					I		A		I					I				2	3	
09	RC	1.234.796.532	ALARA	SOFIA	GODIÑO	ARIAS	00	02									A					A		A		A					I				4	1	
10	RC	1.234.796.476	JULIETHA		ARENAS	HERNANDEZ	00	03									A			A		A				A					A				5	0	
11	RC	1.234.796.467	THIAGO	GAEL	AREVALO	HERRERA	00	03									A			A		A				A					A				5	0	
12	RC	1.123.455.297	JUAN	PABLO	VASQUEZ	MUÑOZ	00	04									A					A				A	A				A				5	0	
13	RC	1.121.989.635	ANGEL	JOEL	ROLDAN	MEZA	00	04									I					A				A	A				A				4	1	
14	RC	1.122.544.358	ANGELA	CRISTINA	CHISABA	GIRALDO	0	04									I					A				A	A				A				4	1	
15	RC	1.122.544.267	SHAROL	THALIANA	ROZO	ALVAREZ	0	05									A					A					A	A			A				5	0	
16	SD		MIA	SALOME	GUAZA	BERTEL	0	0																			I				H				0	2	
17	SD		BRIAN	ANDRES	GONZÁLEZ	MOLINA	0	0																			I				I				0	2	
18						h																														
19																																				
20																																				

TOTAL 5817

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HCB PORFIA 3
NIT: 800143122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532025
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): YELITZA CALDERON ZARATE CC: 1.121.818.202
Código CUENTAME UDS: 5000100018959 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMEROS PASITOS
Dirección UDS: CRA 51 73 103 APTO 1 LA NOHORA Teléfono UDS: 3132930388

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	CC	1.120.353.145	LIGIA		SANCHEZ	GOMEZ	39	09								A			A		A				A				A					5	0	
02	CC	1.121.197.380	SHIRLE	YINETH	ARBELAEZ	MARIN	21	05								A			A		I				I				A					3	2	
03	CC	1.065.236.522	LUISA	FERNANDA	ACOSTA	PINZON	18	11								I			A		A				A				A					4	1	
04	PPT	1.108.341	YERSY	COROMOTO	CARVAJAL	GARCIA	31	00								A			A		A				A				A					5	0	
05	CC	1.125.468.216	MERCY	PAOLA	GARCIA	MEJIA	21	09								A			A		A				A				A					5	0	
06	CC	1.121.836.356	LAURA	YINETH	ACOSTA	PERDOMO	20	06								A			A		A				I				I					3	2	
07	RC	1.234.796.570	ANAMARIA		BARRANCO	SOTELO	00	00								I			I			A		I				I					1	4	
08	RC	1.234.796.545	AILANY	JULIETA	SEGURA	HUARTOS	00	01								A			A		A			I				A					4	1	
09	RC	1.234.796.497	ALANNA	ELIZABETH	OSORIO	QUIROGA	00	02						A					A		A			A				A					5	0	
10	RC	1.234.796.465	ANGELY	ADHARA	CRUZ	CUESTA	00	02						A					A		A			A				A					5	0	
11	RC	1.029.972.190	ANTONELLA	CELESTE	SOLANO	GARZON	00	03						A					A		A			A				A					5	0	
12	RC	1.121.989.818	SAHARA	ISABELLA	BARRERA	CASTRO	00	03						A					A		I			A				A					4	1	
13	RC	1.121.989.468	EMMA	VICTORIA	GARCIA	CABARIQUE	00	05						A					A		A	A		A				A					5	0	
14	RC	1.234.796.380	IAN	STIVEN	PRIETO	ARIAS	00	05						A					A		A	A		A				A					5	0	
15	RC	1.123.455.219	ADHARA	GISETT	GOMEZ	REYES	00	05						A					A		I	A		A				A					4	1	
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	6
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	9

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP Versión 1	28/08/2025 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN — Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: JNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ERIKA FERNANDA YATE ESGUERRA CC: 1.010.123.206
Código CUENTAME UDS: 5000100012472 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMEROS PASOS
Dirección UDS: CRR 12 N°9-19 VILLA JULIDA Teléfono UDS: 3144390123

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		SEMANAS																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	C.C	1.006.729.434	YINARI	PATRICIA	QUEVEDO	BENAVIDEZ	25									A					A				A		A					A			5	0	
02	C.C	1.007.184.500	YADIRA		ORTIZ	VARGAS	25									I					I				A		A					A			3	2	
03	C.C	1.090.476.512	DEILYTH	MILADY	LOPEZ	IBAÑEZ	31									A					A				A		I					A			4	1	
04	C.C	1.121.908.936	NEDIS	NEY	NEGRETE	GOMEZ	32									A			A		A						A					A			5	0	
05	C.C	1.121.936.979	CARMEN	JOHANA	HENAO	CAICEDO	29									A			A		A						A					A			5	0	
06	T.I	1.117.931.849	SARA	SOFIA	CAUFAZ	CHIMONJA	17									A				A	I				A		A					A			4	1	
07	C.C	1.024.463.795	STHEFANY	JULIETH	CRUZ	NEIRA	21									A				A	I						A					I			3	2	
08	C.C	1.123.115.067	ANA	YEIMY	CRUZ		32									A				A	A						A					A			5	0	
09	R.C	1.244.829.022	MIA	ISABEL	ARRIETA	HERNANDEZ		0							I		A			I							A					B			3	2	
10	R.C	1.121.990.200	LIAM	SANTIAGO	LADINO	BARRERA		1							A					A				A		I					I			3	2	
11	R.C	1.122.544.352	MARIA	JOSE	SEPULVEDA	CRUZ		2							I					I						A	A				A			3	2	
12	R.C	1.121.989.712	AILANY		RESTREPO	OSPINA		2							A					A				A		A					A			5	0	
13	R.C	1.253.259.138	ITZEL	SAMANTHA	MOSQUERA	AYALA		2							A					I						A	A				A			4	1	
14	R.C	1.029.972.089	MARIA	VICTORIA	LOPEZ	ROJAS		3							A					A						A	A				A			5	0	
15	R.C	1.123.455.251	EITHAN	DAVID	JIMENEZ	PIZZA		3							A					A				A		I					A			4	1	
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	61	14	

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento es un estado como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Entrada para Zabaga
16/04/2026

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FS.MO12.PP	1/06/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFA 3
NIT: 800.140.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000033024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN: CC-RC-TI Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ED MARIA FERNANDA PARDO CC: 1007477450
Código CUENTAME UDS: 5000100018614 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMEROS PASOS 1
Dirección UDS: MIS PRIMEROS PASOS UNO Teléfono UDS: 3209855216

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	CC	1.123.561.623	CHARIT	DAYANA	GALINDO	BERMUDEZ	21			5	0	
02	CC	1.233.891.790	LAURA	TATIANA	JARAMILLO	PEÑA	29			5	0	
03	CC	1.120.572.401	YESICA	YULIE	MORENO	GONZALES	40			5	0	
04	CC	1.121.926.996	DARZY	JADIRA	CARRILLO	RIZO				5	0	
05	RC	1.123.825.613	ETHAN	JACOB	HERNANDEZ	RODRIGUEZ		3		5	0	
06	RC	1.234.796.351	OSNEIBET	JOSUE	CORTEZ	OLGUIN		6		5	0	
07	RC	1.253.259.174	AILANY	KAMILA	CEDEÑO	GOMEZ		4		5	0	
08	RC	1.122.544.405	KALETH	STIVEN	CASTAÑEDA	SANCHEZ		2		5	0	
09	RC	1.122.945.797	ASHLEY	DAHILANY	OJEDA	RETAVISCA		2		5	0	
10	RC	1.121.989.745	EIMY	VICTORIA	PABON	CRUZ		3		5	0	
11	RC	1.121.990.099	LEIDY	SOFIA	SABOGAL	SAENZ		2		5	0	
12	RC	1.234.796.494	MARELIN	ZAMARA	HERRERA	SOSA		2		5	0	
13	RC	1.234.796.585	GAEL	STIVEN	PEREZ	SALINAS		1		5	0	
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												

TOTAL 65

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	8
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	1
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	4

COORDINADOR(A) EA

María Pardo
RESPONSABLE DE GRUPO

...to... piense en el medio ambiente!
...se considera como COPIA NO CONTROLADA
...A DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : ASOCIACION PORFIA TRES
NIT: 800143122-6 NUMERO DE CONTRATO: 50006532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: MEDIO TIEMPO

IDENTIFICACION
Regional: META Centro Zonal UNO VILLAVICENCIO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): NELCIN MORENO LONDOÑO CC 40414832 DE GRANADA
Código CUENTAME UDS: 5000100021741 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS TRES ESTACIONES
Dirección UDS: CARRERA 16 N 44B 19 BARRIO VILLA SUAREZ Teléfono UDS: 3219964451

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	C.C	1122922443	DIANA	MARCELA	DIAZ	FINO	20	02		A	A	A (rojo), A	A	5		
02	C.C	1006796143	ANGIE	CAROLINA	RIVEROS	ESPINOSA	23	00		A	A (rojo), A	A	A	2	3	
03	C.C	1193583098	ANGIE	MICHEL	SASTOQUE	PARDO	24	05		A	A (rojo), A	A	A	5		
04	SD		MARIA	GABRIELA	URDANETA	SUAREZ	25	09		A	A	A (rojo), A	A	5		
05	C.C	1121935149	FLOR	ROSMIRA	RUIZ	MONTENEGRO	29	02		A	A (rojo), A	A	A	5		
06	C.C	1023950602	FLEER	HILLARY CAMILA	MUÑOZ	ORJUELA	29	10		A	A	A, A (rojo)	A	2	3	
07	C.C	1121935595	YULIE	KATHERINE	DIAZ	FALLA	29	11		A	A	A (rojo), A	A	5		
08	SD		STEFANI	ORIANA	DE AZA	GARCIA	30	04		A	A	A (rojo), A	A	5		
09	PPT	6696117	CARMEN	MARIA	GUERRERO	GUERRERO	33	03		A	A (rojo), A	A	A	5		
10	RC	1121990500	LOAN	MANUEL	SUAREZ	DULCEY		01		A	A (rojo), A	A	A	1	4	
11	RC	1123455380	BRIANS	SNEIDER	GONZALEZ	CALDERON		02		A	A (rojo)	A	A	5		
12	RC	1121990247	DANNA	SOFIA	ESPINOSA	CABANERIO		02		A	A	A (rojo), A	A	5		
13	R.C	1121990080	GAEL	ALEXANDER	MOLINA	ALVIZU		03		A	A	A (rojo), A	A	5		
14	R.C	1121989632	FRANK	YAHIR	NUÑEZ	MUÑOZ		03		A	A	A, A (rojo)	A	5		
15	R.C	1123825540	THIAGO	ALEJANDRO	GARZON	FLOREZ		03		A	A	A, A (rojo)	A	5		
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	65	10	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	6
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	9.

COORDINADOR(A) EA

[firma] RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/08/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 2
NIT: 900.143.122-8 NÚMERO DE CONTRATO: 5000032024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE A FAMI
SERVICIO DE ATE C. Medio tiempo

IDENTIFICACIÓN CC-RC-TI
Regional: META Centro Zonal: U N O Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): Maria Nohora Riveros Gómez CC: 4 0 4 1 4 0 7 7
Código CUENTAME UDS:5000100023880 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: R E N A C E R
Dirección UDS: Mz 26 cs 22 B. Reliquia Teléfono UDS: 3 1 3 8 9 2 3 6 6 1

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
01	RC	1.121.989.715	JHOANDRI	SEBASTIAN	GAITAN	MONTAÑO		4		5		
02	RC	1121989541	THOMAS	EMILIANO	ALMANZA	MEDINA		5		5		
03	RC	1.122.544.393	LIAN	STIVEN	YEPES	YANGUMA		3		5		
04	RC	1244828930	AXEL	MATHIAS	AGUDELO	FORERO		4		5		
05	RC	1121989374	ABBY	GISELLE	CABREJO	PEDRAZA		5		5		
06	RC	1121989658	DAHIARA		GARCIA	RIOS		4		5		
07	RC	1121990173	HAYLEEN	ELIANA	VIGOYA	TORRES		2		5		
08	RC	1122945819	LUIS	NOAH	CIFUENTES	VILLAQUIRAN		1		5		
09	RC	1121990375	EAN	AZIEL	BRICEÑO	CHIQUIZA		1		5		
10	RC	1244829023	FABER	EMILIO	NUÑEZ	AVILA		1		5		
11	RC	1123825797	EMILY	ADHARA	IREGUI	QUICENO		1		5		
12	PP	PP6433353	DANIELA	KARELYS	URBINA	CASTILLO	34	5		3	2	
13	SD		AUSTIN	MATHIAS	RAMIREZ	SOLORZANO		0		2	3	
14	CC	1121941812	DIANA	PAOLA	VARGAS	MORERA	29	2		5		
15	CC	1123430405	BRILLLY	YULIANA	CRUZ	CORTES	23	3		5		
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 35 5

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	12
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP	28/06/2025
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 900.183.122-6 NÚMERO DE CONTRATO: 5000532024
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENIR

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ANA YEIMY CRUZ CC.1123115067
Código CUENTAME UDS: 500010 100000478 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SEMILLITAS
Dirección UDS: MZ 103 CS 18 BETTY CAMACHO Teléfono UDS: 3053068315

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO /USUARIA								SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO /USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO /USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	T.I	1115946735	NARLY	DAYANA	PERDOM	LORA	17									A					A					A	A					A			5	0	
02	C.C	1122513195	ADRIANA	LIZETH	MALDONADO	MATEUS	19									I					I					I	A					I			1	4	
03	C.C	1.007.433.469	ANGIE	MARIA	MARRUGO	HENAO	25									A					A					I	A					A			4	1	
04	CC	1049661166	KAREN	MANUELA	PEREZ	OSOSRIO	18									I					A					A	A					A			4	1	
05	T.I	1122519777	WENDY	YERALDINE	QUINTERO	VELAZQUEZ	17									I					A					A	A					A			4	1	
06	C.C	1193110728	NAYELI		MENDOZA	GARCIA	24									A					A					A	A					A			5	0	
07	RC	1121990484	AYLIN	VALERIA	ORTIZ	BELTRAN		0								I					I					A	H					I			1	4	
08	RC	1121989414	AILYN	ALANNA	ZEA	GONZALEZ		5									I		A			A					A					A			4	1	
09	RC	1121990452	ALAHIA	ISABELL	APARICIO	GAVIRIA		0									I			A		I					A					I			2	3	
10	C.C	1123563874	JULIETH		NARANJO	CASTAÑEDA	18										I		A			A					A					A			4	1	
11	C.C	1007145375	LAURA	YERITZA	LEON	FORY	26										I			A		I					I					I			1	4	
12	RC	1121989939	ALEXA	ISABELLA	PARRA	RUEDA		3									A					I		A			A					A			4	1	
13	RC	1121989743	AUSTIN	SMITH	OCHOA	BRAVO		4									A					I		A			A					A			4	1	
14	RC	1122945827	ANDRES	STIVEN	DIAZ	CRUZ		0									A			A		I					A					A			4	1	
15	RC	1121989523	EMILIANO		SANTOS	BELTRAN		5									A		A			A					A					A			5	0	
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	52	23	

Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	7
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	0
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	8

Ana Yeimy Cruz
COORDINADOR(A) EA — RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION PORFIA 3
NIT: 900143122-6 NÚMERO DE CONTRATO 6000053224
MES: ABRIL AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVIVIR

IDENTIFICACIÓN: C.C Hoja ___ de ___
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): SORANLLY CORREA RODRIGUEZ CC: 1121888969
Código CUENTAME UDS: 5000100028824 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SUEÑOS INFANTILES
Dirección UDS: MZ 54 CS 27 LA MADRID ÑÑ Teléfono UDS: 3133778039

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS PRIMERA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES SEGUNDA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES TERCERA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES CUARTA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES QUINTA: LUNES MARTES MIÉRCOLES JUEVES VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	C.C	1022982082	PAULA	ANDREA	LOPEZ	PATIÑO	33		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
02	R.C	1123825582	EMMA	LUCIANA	BALETT	SABOGAL		2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
03	C.C	1123803516	ANGIE	NATALY	OSORIO	MAHECHA	20		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
04	C.C	1006823479	DERLY	SORANY	PINZON	LESMES	24		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
05	C.C	1006783259	KAREN	JULIETH	PEÑARADA	PORRAS	24		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
06	R.C	1122544493	LIAM	MATHIAS	GRAJALES	GROSSO		1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
07	R.C	1234796464	JUAQUIN		LINARES	SARAY		2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
08	C.C	1193132377	LEYDY	KATHERINE	BEJARANO	NOPE	23		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
09	C.C	1193034424	TATIANA		DUCUARA	PARRAS	26		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
10	R.C	1121989692	IAN	MAEL	MEJÍA	VILORIA		2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
11	C.C	1122924278	LAURA	SOFIA	MACHADO	LOAIZA	18		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
12	C.C	1234788856	ANGIE	PAOLA	GARZON	LUGO	29		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
13	C.C	1121845736	ANNY	MICHEL	OSORIO	SANCHEZ	21		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
14	C.C	1122919286	MONICA	ANDREA	TORRES	LOPEZ	28		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
15	R.C	1234796446	LIA ALAHIA	MARINA	MENESES	NARVAEZ		2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	5	0	
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	75	0	

Verificacion De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Soranlly Correa R
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F27.MT1.PP	28/08/2025
		Versión 1	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACIÓN DE HCB PORFIA 3
NIT: 800.143.172-9 NÚMERO DE CONTRATO: 50008532024
MES: ABRIL AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): LUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO CC 40398006
Código CUENTAME UDS: 5000100024789 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: TRAVESURAS
Dirección UDS: CALLE 20C # 22 34 Teléfono UDS: 3144821675

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1.123.455.293	EMMA	ISABELLA	SANTOS	ROJAS	0	3								A			A		A					A					A			5		
02	R.C	1121589683	EITHAN	SANTIAGO	CASTRILLON	MORA	0	3									A			A		A				A					A			5		
03	R.C	1.123.455.386	EIMY	ANTONELLA	HERNANDEZ	CALDERON	0	1									A					1				A	A				1			3	2	
4	CC	1.006.856.048	ANA	VICTORIA	MURCIA	VALENCIA	0	1								1	A			A		A				A					A			5		
5	R.C	1.121.989.113	DALANY		GUZMAN	CASTAÑO	23	10								A			A		A					A					A			5		
06	R.C	1.121.990.121	EMMA	VICTORIA	CAÑION	ZARTA	0	2								A					A				A	A					1			4	1	
7	CC	1.121.960.454	SHARRON	LOREYNS	CASTAÑEDA	QUINTERO	27	2								A					1			A		1					1			2	3	
08	R.C	1.123.455.317	MARIA	EMMA	NOVOA	REYES	0	4								A					A			A		1					A			4	1	
9	R.C	1.121.989.198	JENNIFER		ORTEGA	PARRA	33	9									A		A			1				A					A			4	1	
10	CC	1029980472	MARIA	XIMENA	HERRERA	VALERO	21	0						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/			
11	CC	1.128.904.258	MARIA	JOSE	PIÑEROS	ECHEVERRI	20	9								A					A				A	1					A			4	1	
12	R.C	1.123.825.688	EMMA	SOFIA	VIGOYA	GOMEZ	0	2								A				A	A					A					A			5		
13	CC	1.121.906.815	ANDREA	JACKELINE	GUTIERREZ	GONZALEZ	32	3									A					A				A	A				A			5		
14	CC	1.122.925.200	LAURA	SOFIA	DUEÑAS	ZULETA	18	1									A					1			A	A					A			4	1	
15	R.C	1.122.544.402	YEIRON	ELIAN	CASTRO	VARGAS	0	3									A					A		A		1					1			3	2	
16	R.C	1121990543	cristian	valentino	Arroyo	Herrera	0	0									1					1				1	A				1			1	4	
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	59	16	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) EA

LUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera copia COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012