Ok

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

[illegible]	[illegible]
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

IDENTIFICACIÓN

Regional: META

Centro Zonal: [illegible]

Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre Agente Educativo UDS: [illegible]

Dirección UDS: [illegible]

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No.	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
1	CC	1.121.970.368	USBETH	KORAL	LETON	NOA	[illegible]	1				A				A					A							A		A				4	1	
2	CC	1.121.878.340	ANGGIY	HASBLEIDY	CABRERA	VARGAS	[illegible]	1								A				A	A							A		I	A			3	1	1
3	CC	1.121.818.125	MARIA	CRISTINA	LEON	PIÑEROS	[illegible]	1								A					A							A		I				3	1	1
4	CC	1.006.859.154	KAREN	JASBLEYDI	GUERRERO	ARDILA	[illegible]	1								A					A					A		A		A				4	1	
5	CC	1.121.920.422	ADRIANA	YULIETHE	ERAZO	GARCIA	[illegible]	1								A					A							A		A	A			4	1	
6	CC	1.108.831.507	XIOMARA	ALEXANDRA	ARIAS	SANCHEZ	[illegible]	1				A				A					A							A		A				4	1	
7	CC	1.029.980.802	SHARYCH	SOFIA	CABALLERO	PEREZ	[illegible]	1								A					A					A		A		A				4	1	
8	CC	1193525298	MARIA	JOSE	RUIZ	GALLEGO	[illegible]	1				A				A					A							A		A				4	1	
9	CC	1.008.511.565	ANGELA	YISEC	CESPEDES	PALACIO	[illegible]	[illegible]								A					A							A		A	A			4	1	
10	RC	1.123.455.422	VALENTINO		URRIAGO	HERNANDEZ		1						A			A					A						A		A				4	1	
11	RC	1.121.990.086	EITHAN	ELIAM	ROJAS	ROJAS		1									A					A				A		A		A				4	1	
12	RC	1122949982	JOEL	MATHIAS	PERDOMO	DIAZ		1									A			A		A						A		I				3	1	1
13	RC	1.121.930.115	DARWIN	ESTIVEN	MARTINEZ			1									A			A		A						A		A				4	1	
14	RC	1.121.990.869	DEREK	SEBASTIAN	BECERRA	NIETO		1						A			A					A						A		A				4	1	
15	RC	1.121.991.027	FRANCISCO		OSORIO	PARRA		[illegible]						A			I					I						I		I				0	1	4
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	55	15	7

Verificación De Cobertura

COORDINADOR(A) UDS

Rocío Almanza R.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

OK

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

Versión 1

Página 1 de 1

Clasificación de la Información
Pública

No.	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	TOTAL GENERAL	
1	TI	1123430017	MARIA	SOFIA	QUAIS	CAMPUZANO	16	6	3	2
2	CC	1006757120	JERLY	KATHERINE	SILVA	GONZALEZ	22	4	4	1
3	CC	1006796961	SANDRA	ENERIEL	DIAZ	VIGOYA	23	6	3	
4	CC	~~1088053685~~	~~KAREN~~	LIZETH	VALDES	GUTIERREZ	27	4	2	3
5	CC	1006729154	NATHALIA	CAROLINA	HERREÑO	MURCIA	27	3	2	1
6	CC	1118157643	CLAUDIA	PATRICIA	SANDOVAL	FORERO	33	11	2	3
7	CC	1121891079	YULIANA	FERNANDA	MURCIA	SABOGAL	33	11	5	2
8	CC	1121881740	INGRID	YOHANA	MONTOYA	RIVERA	34	8	3	2
9	RC	1122946011	MARIA	VICTORIA	WILCHES	GONZALEZ		1	1	4
10	RC	1123626147	AINHOA	MARIA	ARDILA	PRIETO		1	2	3
11	RC	1121390668	ALAHIA	ANTONELLA	MONCADA	GONZALEZ		2	4	1
12	RC	1121390686	MARIA	AILANY	CASTILLO	GARCIA		2	4	
13	RC	1121390507	NICOL	NAHIARA	FUENTES	DIAZ		3	5	1
14	RC	1121390407	LAHIAN	JESUS	TORRES	RODRIGUEZ		3	5	
15	RC	1121390292	ALAHIA	VICTORIA	PIRABAN	OSORIO		3	5	
16										
17										
18										
19										
20										

TOTAL 54 | 21

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 2 AÑOS ATENDIDOS	7
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 2 AÑOS ATENDIDOS	0
TOTAL MUJERES Y PERSONAS GESTANTES ATENDIDAS	8

COORDINADOR(A) UDS

Nidia Vasquez

RESPONSABLE DE GRUPO

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F12.MT1.PP
Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la Información:
Pública

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Nombre Agente Educativo: LUZ STELLA BALLEN
Dirección UDS: [illegible]
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Unidad de Servicio: [illegible]
Teléfono UDS: [illegible]

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	TOTAL		
01	[illegible]	1015412124	YENI	PAOLA	DONCEL	SANCHEZ	38	4	A	I	I	I	I	0	1	4
02	[illegible]	40.189.912	ANA	YOLIMA	GUTIERREZ	MONTAÑEZ	42	6	A	I	I	I	I	0	1	4
03	[illegible]	1006810387	MONICA	ADRIANA	ACOSTA	SALGADO	25	7	A	A	A	A	A	4	1	0
04	[illegible]	1025537860	LIZETH	MALLERLY	MURCIA	LINARES	21	7		A A	I	A	A	4	1	0
05	[illegible]	1.006.772.130	LAURA	DANIELA	ECHAVARRIA	ROZO	25	10		A I	A	I	I	0	1	4
06	[illegible]	1.253.259.251	AXEL	JOSUE	BUITRAGO	POVEDA	0	3		A A	I	A	A	4	1	0
07	[illegible]	1.253.259.205	LUCIANO	GAEL	FERNANDEZ	PEREIRA	0	4		I	A A I	A	I	0	1	4
08	[illegible]	1.123.926.133	YOSEF	ALESSANDRO	DIAZ	BELTRAN	0	1		A	A A	I	A	8	1	1
09	[illegible]	1.253.259.283	BRYAM	SAMUEL	CHISABA	LOPEZ	0	3		A	A I	A	A	4	1	0
10	[illegible]	1.002.523.950	ERIKA	NEYIRET	SANCHEZ	ORJUELA	24	7		I	A	A A	A	0	1	4
11	[illegible]	1.123.829.755	DANNA	VALERIA	VILLALBA	HERNANDEZ	0	3		A	A	A A	A	4	1	0
12	[illegible]	1.122.945.873	CRISTAL		SUAREZ	GARCIA	32	7		A	A	A A	A	4	1	0
13	[illegible]	1.121.989.237	MATHEO	EMILIO	VILLASMIL	ACOSTA	0	10		A	A	A	A A	4	1	0
14	[illegible]	1.121.962.749	NEYIRETD		BARREIRO	SERNA	33	2		A	A	A	A A	4	1	0
15	[illegible]	1.023.109.938	KAROL	ANDREA	LOPEZ	MENDEZ	20	3		A	A	A	A A	4	1	0
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	34	15	21

Verificación De Coberturas

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	6
TOTAL MUJERES Y PERSONAS GESTANTES ASISTENTES	8

COORDINADOR(A) UDS

Luz stella B
RESPONSABLE DE GRUPO

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

OK

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F32.MT1.PP
Versión 1

5/06/2026
Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

EAS o PDS: ASOCIACION HCB DE FORMAD
NIT:
NÚMERO DE CONTRATO:
MES: MAYO
AÑO: 2026
MODALIDAD: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO: HCB TRADICIONAL

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo: LUZ BETTY VELASQUEZ MORALES CC 21
Código CUENTAME UDS: 50001000012
Nombre Unidad de Servicio / Unidad de Atención: CARITA FELIZ
Dirección UDS: CALLE 17 SUR 19 27 BARRIO VILLA MELIDA
Teléfono UDS: 3114438979
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA L	PRIMERA M	PRIMERA Mi	PRIMERA J	PRIMERA V	SEGUNDA L	SEGUNDA M	SEGUNDA Mi	SEGUNDA J	SEGUNDA V	TERCERA L	TERCERA M	TERCERA Mi	TERCERA J	TERCERA V	CUARTA L	CUARTA M	CUARTA Mi	CUARTA J	CUARTA V	QUINTA L	QUINTA M	QUINTA Mi	QUINTA J	QUINTA V	TOTAL MENSUAL 1	TOTAL MENSUAL 2	TOTAL MENSUAL 3
01	CC	1122651984	KELLY	JHOHANNA	DIAZ	CASTILLO	30	[illegible]				A				A															I			1	1	1
02	CC	1122652280	ANGIE	LILIANA	GONZALEZ	GONZALEZ	30	[illegible]				A				A															A			2	1	
03	CC	1006858670	LAURA	DANIELA	LEON	BARBOSA	24	[illegible]				A				A															A			2	1	
04	CC	1006090612	PAULA	VALENTINA	CHIA	CARO	23	[illegible]						A		A															I			1	1	1
05	CC	1115062272	MARIA	DANITZA	GUTIERREZ	AGUILAR	28	[illegible]						A		I															I				1	2
06	CC	1007741638	STEFANNY		ECHAVARRIA	MORA	25	[illegible]						A		I															I				1	2
07	RC	1244029084	EITHAN	DAVID	BUITRAGO	MUÑOZ	3	[illegible]								A															A			2		
08	RC	1122344586	MARIAM	JULIETA	PORTELA	LOPEZ	3	[illegible]								A															I			1		1
09	RC	1122345803	EMY	LUCIANA	ZEA	SANCHEZ	3	[illegible]									A														A			2		
10	RC	1121990723	VICTORIA	ISABELLA	VAGAS	CASTILLO	3	[illegible]									A												A				I			1	1	1
11	RC	1244329025	ELIZABETH	SOFIA	SUAREZ	ECHAVARRIA	3	[illegible]									A												A				A			2	1	
12	RC	1244829019	JEAN	PAUL	CASTAÑEDA	RODRIGUEZ	3	[illegible]									A												A				I			1	1	1
13	RC	1244828982	ASHLEY	VICTORIA	GARAVITO	RODRIGUEZ	3	[illegible]									A														A	A			2	1	
14	RC	1123455327	MIA	ANTONELLA	FORERO	MURILLO	3	[illegible]									A														A	A			2	1	
15	RC	1122344047	ANGEL	MATHIAS	ARDILA	MORENO	3	[illegible]									A														A	A			2	1	
16																																				
17																																				
																																		TOTAL 21	12	9

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

COORDINADOR(A) UDS

Luz Betty V

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F38.MT1.PP
[illegible]2020
Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la información:
Pública

EAS o PDI: [illegible]
Nº [illegible]
NÚMERO DE CONTRATO [illegible]
MES: [illegible]
AÑO [illegible]
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: [illegible]

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: [illegible]
Municipio: VILLAVICENCIO
Hoja [de]
Nombre Agente Educativo (a): [illegible] PEDRAZA
CC [illegible]
Código CUENTAME UDS: [illegible]
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CASITA FELIZ
Dirección UDS: [illegible]
Teléfono UDS: [illegible]

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES					CAUSA DE RETIRO
01	TI	1123608893	LEIDY	JHOANA	VANEGAS	PEÑA	15	10	2	1	2	0	
02	CC	1006821789	YULI	ANDREA	RODRIGUEZ	CORTES	26	8	2	1	2	0	
03	CC	1121956850	ANA	YURLEY	PLAYONERO	IRALGO	27	12	4	1	0	0	
04	CC	1121914554	KELY	YOHANA	LOPEZ	RODRIGUEZ	31	10	1	1	3	0	
05	CC	1121908936	NEDYS	NEY	NEGRETE	GOMEZ	32	4	4	1	0	0	
06	CC	1120502757	JESSICA	PAOLA	GARZON	ALVINO	33	8	4	1	0	0	
07	RC	1121991074	MARIA	ALEJANDRA	CAZORLA	PLAYONERO		6	1	1	3	0	
08	RC	1122946044	SAMUEL	DAVID	GONGORA	CASALLAS		6	2	1	2	0	
09	RC	1029972239	EITHAN	ESTEBAN	PRIETO	MOJICA		2	3	1	1	0	
10	RC	1234796574	EMILY	MARIANA	LINARES	NARANJO		2	3	1	1	0	
11	RC	1123625754	THIAGO	STIVEN	CUBIDES	ARIAS		4	4	1	0	0	
12	RC	1122544426	MARIAN	ALAIA	GOMEZ	PAEZ		4	0	1	4	0	
13	RC	1121990099	DANNA	VICTORIA	TORRES	PLAYONERO		5	1	1	3	0	
14	RC	1123625536	SANTIAGO		ROJAS	PEDRAZA		8	4	1	0	0	
15	RC	1121989965	JEISSON	EMILIANO	ACOSTA	DIAZ		8	0	1	4	0	
16													
17													
18													
19													
20													
								TOTAL	35	15	25		

7
2
6

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

[illegible]	[illegible]
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

Hoja 1 de 1

[illegible] ____ [illegible]
[illegible] ____ [illegible] NÚMERO DE CONTRATO ____ [illegible]
MES ____ [illegible] AÑO ____ [illegible]
MODALIDAD DE ATENCIÓN ____ FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN ____ [illegible]

IDENTIFICACIÓN
Regional META ____ Centro Zonal UNO ____ Municipio VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a) LUZ MARINA [illegible] ____ CC [illegible]
Código CUÉNTAME UDS [illegible] ____ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: CRECIENDO [illegible]
Dirección UDS CALLE [illegible] ____ Teléfono UDS [illegible]

INFORMACIÓN MENSUAL DEL PARTICIPANTE — **CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA** — SEMANAS

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	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 [illegible]	[illegible]	[illegible]
1	R.C.	1.121.990.934	ETHAN	FELIPE	GARCIA	ALVAREZ	0	0								I					I					A		A		A				2	1	2
2	R.C	1.029.872.257	DAILY	SARAY	BAEZ	GALINDEZ	0	1								A					A					A				AA				4	1	
3	R.C.	1.122.943.899	JOINER	ESTIVEN	GARCES	URREGO	0	2						A		A					A					A				A				4	1	
4	R.C.	1.122.158.061	LIAM	DARIO	ACHURY	FORTECHA	0	2								A					A					A				A	A			4	1	
5	R.C	1.123.825.965	ZARETH	CATTLEYA	PEREZ	LEIVA	0	3								A				A	I					I				I				1	1	3
6	R.C	1.121.993.487	DANIELYS	ADHARA	BONILLA	AGUILAR	0	3								I					A					A				A	A			3	1	1
7	R.C.	1.122.943.788	IAN	ISAAC	GOMEZ	VASQUEZ	0	4						A		A					A					A				A				4	1	
8	R.C	1.121.989.790	ETHAN	GABRIEL	MOYA	SANCHEZ	0	5								A				A	A					A				A				4	1	
9	C.C.	1.122.510.187	CAROL	DAYANA	RAMIREZ	HUERTAS	21	7				A					A					A				A				A				4	1	
10	C.C.	1.123.560.156	YURELDY	DAYANA	MAYORGA	RODRIGUEZ	20	6				A					A					A				A				A				4	1	
11	T.I.	1.122.930.179	DANA	K'THERIN	GIRALDO	PERDOMO	41	9				A					A					A				A				A				4	1	
12	C.C.	1.072.656.730	ANGELICA	VIVIANA	ACOSTA	ROBAYO	32	10									A			A		A				A				A				4	1	
13	C.C.	1.121.865.435	YULIANA	KATERINE	PEREZ	CALDERON	27	11									A					A				A		A		A				4	1	
14	C.C.	1.079.387.191	JUDITH	PAOLA	HERNANDEZ	HERNANDEZ	26	12						A			I					A				A				A				3	1	1
15	C.C.	1.122.313.243	YERLI	ANDREA	LADINO	SALAMANCA	28	8									A					A				A		A		A				4	1	
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																		TOTAL 53	15	7

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

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F33.MT11.PP
Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública

MES: JULIO
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: UNO
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): SANDRA LILIANA AYALA TOVAR
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: DESCUBRIENDO TALENTOS
Dirección UDS: MZA 40 CASA 12 LA MADRID

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
01	RC	1234796525	MADISSON	ADHARA	GUZMAN	LOPEZ		5
02	RC	1.121.989.769	LIAM	MATHIAS	LINARES	BAQUERO		6
03	RC	1123455338	JEISLY	DAHANY	RAMIREZ	DELGADO		6
04	RC	1.121.990.916	NAHOMI		TORRES	DIAZ		4
05	PPT	6618585	SALOME	ALEXANDRA	QUILELLI	MARIÑO	15	
06	CC	1006821386	SHARON	ALEJANDRA	PUENTES	TOLOSA	24	
07	CC	1121967331	ANYI	TATIANA	ROMERO	DOMINGUEZ	27	
08	CC	1121944711	MILLIRLANDIS		DIAZ	DAZA	26	
09	RC	1121990943	EVA	CELESTE	GUTIERREZ	CARDENAS		6
10	CC	1107974776	MICHEL	YURLEI	FORERO	NARANJO	22	
11	CC	1006829043	LAURA	SOFIA	GALVIS	OYOLA	22	
12	RC	1234798645	ZAIVEN	DARIEL	TOVAR	PEREZ		1
13	RC	1.121.990.436	MILLAN		GUERRERO	CHACON		3
14	RC	1.121.990.811	ERICA	MAEL	PARRA	SERNA		2
15	RC	1.122.945.844	ASHLEY	CATALEYA	GOMEZ	CALDERON		3
16	RC	1029472386	Isis	Ainhoa	Avila	Quilelli		0
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA				
01	A	A	A	A	A	4	1	0	0
02	A	A	A	A	A	4	1	0	0
03	A	A	A	I	I	2	1	2	0
04		A A	A	A	A	4	1	0	0
05		A A	/	/	/	1	1	8	0
06		A A	A	A	A	4	1	0	0
07		A	A A	A	A	4	1	0	0
08		A	A A	A	A	4	1	0	0
09		I	A I	A	A	2	1	2	0
10		A	I	A A	I	2	1	2	0
11		A	A	A A	A	4	1	0	0
12		I	A	A A	A	3	1	1	0
13		I	A	I	A A	2	1	2	0
14		A	A	A	I I A	3	1	1	1
15		A	A	A	A A	4	1	0	0
16			I	I	I	0	0	3	0
17									
18									
19									
20									
					TOTAL	47	13	13	1

CAUSA DE RETIRO

Verificación De Cobertura		
	[illegible]	7
	[illegible]	2
	[illegible]	6

COORDINADOR(A) UDS

Sutaty

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	[illegible] Versión 1
		[illegible] Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública

EAS + PDF: __ASOCIACION [illegible]
NIT: __[illegible]__
NUMERO DE CONTRATO: __[illegible]
MES: JULIO
AÑO: ____2024__
MODALIDAD DE ATENCIÓN: ___FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI BIENESTAR

IDENTIFICACIÓN: [illegible]
Regional: ___META
Nombre Agente Educativo (a): LILIANA CUESTA
Código CUENTAME UDS: [illegible]
Dirección UDS: CL 48 SUR 41-25 [illegible]

Centro Zona: 1
CC__[illegible]
Municipio: __VILLAVICENCIO
Hoja ___ de ___
Nombre Unidad de Servicio Unidad de Atención: DULCES SUEÑOS
Teléfono UDS: [illegible]

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES · CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA · SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA · TOTAL MENSUAL

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO 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	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1234796504	NILAN	DAVID	VAQUIAZA	ARIZA	0	6								I				I	I					I					I					4	1	
02	RC	1234796548	EYTHAN	ARMAEL	RODRIGUEZ	MARTINEZ	0	5				A				A					A					A					A			4	1			
03	RC	1234796504	CELESTE	VALENTINA	DURAN	OSPINA	0	4						A		A					A					A					A			4	1			
04	RC	1122939981	JOEL	SANTIAGO	CRUZ	LOPEZ	0	4						A		A					A					I					A			3	1	1		
05	RC	1234796642	NOAH	SMITH	CUELLAR	ORTIZ	0	5				A				A					A					A					A			4	1			
06	RC	1120826736	LUIS	NAELIAN	ALVAREZ	CUERVO	0	1				A				A					A					A					A			4	1			
07	CC	1121628779	MONICA	PAOLA	GUEVARA		37	0						A		A					A					I					I			2	1	2		
08	CC	1193146651	LINDA	VALERIA	ARISTIZABAL	RIVILLAS	28	0								A				A	A					I					I			2	1	2		
09	CC	1118886221	PAULA	MELISSA	PRIETO	PLAZAS	22	0									I					I				I	I				I					4	1	
10	TI	1122519122	LAURA	MICHELL	HERRERA	MARINEZ	16	0									A					A				A				A	A			4	1			
11	CC	1006772289	ANYELA	VANESA	PALACIOS	TELANTANA	25	0									A					I				A				A	A			3	1			
12	CC	1125475293	ERIKA		ORTIZ	MAYOR	21	0									A			A		A				A					A			4	1			
13	TI	1121987464	KEREN	SELENA	VASQUEZ	VASQUEZ	17	0									A			A		A				A					A			4	1			
14	CC	1006827147	VALENTINA		CASTAÑEDA	RODRIGUEZ	28	0									A					A				A	A				A			4	1			
15	CC	1006827147	HEIDY	LORENA	CUERVO	ANTURI	25	0									A					A				A	A				A			4	1			
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																		TOTAL	46	13	13	2	

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

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F12.MT1.PP	5/06/2025
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información Pública	

EAS o PDS: ASOCIACION [illegible]

NIT: [illegible] NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]

MES: JULIO AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI [illegible]

IDENTIFICACIÓN

Regional: META Centro Zonal: UNO Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre Agente Educativo (a): MONICA MARIA ARIAS GALEANO CC: [illegible]

Código CUENTAME UDS: [illegible] Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL [illegible]

Dirección UDS: CL 14 A 42 [illegible] ESTE SAN ANTONIO Teléfono UDS: [illegible]

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE PRIMER NOMBRE	NOMBRES DE PARTICIPANTE SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DE PARTICIPANTE PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DE PARTICIPANTE SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
01	C.C	1.121.908.744	LINA	PAOLA	ALONSO	VEGA	29	
02	P.P.T	5.604.234	MARIA	ANGEL	IBARRA	RIVAS	31	
03	C.C	1.233.898.186	NIDIA	ESPERANZA	HERNANDEZ	VELASQUEZ	38	
04	C.C	1.029.360.421	YULIANA	ALEJANDRA	ORTIZ	GONZALEZ	21	
05	C.C	1.121.964.087	MARIA	FERNANDA	ORTIZ	GONZALEZ	33	
06	C.C	1.110.543.074	ANA	LUCELY	LOPEZ	MONROY	39	
07	C.C	40.331.882	ERIKA	MARITZA	SARMIENTO		42	
08	C.C	1.122.511.850	MARIA	ISABEL	VELANDIA	VALBUENA	20	
09	R.C	1.244.829.041	ALMA	VICTORIA	LOPEZ	HUNDA		3
10	R.C	1.121.990.595	HAILY	ALEJANDRA	CUBILLOS	CULMA		3
11	R.C	1.253.259.379	ISAAC		ARANGO	MARTINEZ		3
12	R.C	1.244.829.021	THIAGO	MARCEL	VIVI	HERNANDEZ		5
13	R.C	1.244.828.808	ZOE		ACOSTA	BOCANEGRA		5
14	R.C	1.029.872.200	ALISSON		BLANDON	RINCON		5
15	R.C	1.121.990.214	MATEO		MONTAÑEZ	SOACHA		5
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

No.	PRIMERA LUNES Grupal	PRIMERA LUNES Hogar	PRIMERA MARTES Grupal	PRIMERA MARTES Hogar	PRIMERA MIÉRCOLES Grupal	PRIMERA MIÉRCOLES Hogar	PRIMERA JUEVES Grupal	PRIMERA JUEVES Hogar	PRIMERA VIERNES Grupal	PRIMERA VIERNES Hogar	SEGUNDA LUNES Grupal	SEGUNDA LUNES Hogar	SEGUNDA MARTES Grupal	SEGUNDA MARTES Hogar	SEGUNDA MIÉRCOLES Grupal	SEGUNDA MIÉRCOLES Hogar	SEGUNDA JUEVES Grupal	SEGUNDA JUEVES Hogar	SEGUNDA VIERNES Grupal	SEGUNDA VIERNES Hogar	TERCERA LUNES Grupal	TERCERA LUNES Hogar	TERCERA MARTES Grupal	TERCERA MARTES Hogar	TERCERA MIÉRCOLES Grupal	TERCERA MIÉRCOLES Hogar	TERCERA JUEVES Grupal	TERCERA JUEVES Hogar	TERCERA VIERNES Grupal	TERCERA VIERNES Hogar	CUARTA LUNES Grupal	CUARTA LUNES Hogar	CUARTA MARTES Grupal	CUARTA MARTES Hogar	CUARTA MIÉRCOLES Grupal	CUARTA MIÉRCOLES Hogar	CUARTA JUEVES Grupal	CUARTA JUEVES Hogar	CUARTA VIERNES Grupal	CUARTA VIERNES Hogar	QUINTA LUNES Grupal	QUINTA LUNES Hogar	QUINTA MARTES Grupal	QUINTA MARTES Hogar	QUINTA MIÉRCOLES Grupal	QUINTA MIÉRCOLES Hogar	QUINTA JUEVES Grupal	QUINTA JUEVES Hogar	QUINTA VIERNES Grupal	QUINTA VIERNES Hogar	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS GRUPALES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS HOGAR	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS GRUPALES	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS HOGAR	CAUSA DE RETIRO
01											A			I										A										I										I					1	1	3	0	
02											A			A										A										A										I					3	1	1	0	
03							A						I										I										I										I					0	1	4	0	
04							A						A										A										A										A					4	1	0	0	
05							A						I										I										I										I					0	1	4	0	
06											A			A										A										A										A					4	1	0	0	
07														I								A	I										I										I					0	1	4	0	
08														I								A	I										I										I					0	1	4	6	
09																I						A			A								A										I					2	1	2	0	
10																I										I								I			A								A					1	1	3	0	
11																I										A								A			A								A					3	1	1	0	
12																A										A								A			A								A					4	1	0	0	
13																A										A								A									A	I					3	1	1	0	
14																A										A								I									A	I					2	1	2	0	
15																A										I								A									A	A					3	1	2	0	
16																																																							
17																																																							
18																																																							
19																																																							
20																																																							

TOTAL 93

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

COORDINADOR(A) UDS

Monica Arias

RESPONSABLE DE GRUPO

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

[illegible]

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO DE ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN [illegible]

Versión 1

Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

EAS o PDS: ASOCIACION DE HOG.AGRUP(?)

NIT: [illegible]

NUMERO DE CONTRATO: [illegible]

MES: JULIO

AÑO: 2020

MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN

Regional: META

Centro Zonal: [illegible]

Municipio: VILLAVICENCIO

Hoja ___ de ___

Nombre Agente Educativo: CC [illegible]

Código CUENTAME UDS: [illegible]

Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: M.E. CARIÑOSO

Dirección UDS: CL [illegible] LIBERTADORES

Teléfono UDS: [illegible]

INFORMACIÓN PERSONAL DE PARTICIPANTES / CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No.	Tipo Doc.	Número documento	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Edad años	Edad meses	1.ª Lun	1.ª Mar	1.ª Mié	1.ª Jue	1.ª Vie	2.ª Lun	2.ª Mar	2.ª Mié	2.ª Jue	2.ª Vie	3.ª Lun	3.ª Mar	3.ª Mié	3.ª Jue	3.ª Vie	4.ª Lun	4.ª Mar	4.ª Mié	4.ª Jue	4.ª Vie	5.ª Lun	5.ª Mar	5.ª Mié	5.ª Jue	5.ª Vie
01	TI	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CIFUENTES	[illegible]	[illegible]								A	I									A		.			A		
02	CC	[illegible]	LISETH	[illegible]	ARCILA	MENDOZA	[illegible]	[illegible]									A									I		A			I		
03	CC	[illegible]	ALAN	VALENTINA	PARDO	MORALES		[illegible]						I												A		A			I		
04	CC	[illegible]	DANIELA		[illegible]	HERNANDEZ	[illegible]	[illegible]									A									A				A	A		
05	CC	[illegible]	ANA	MARIA	NIETO	DUQUE	[illegible]	[illegible]									A									A		A			A		
06	RC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	SOTO	[illegible]		[illegible]				A					I									I					A		
07	RC	[illegible]	JHON	THOMAS	OYOLA	GARZON		1				A					A									I					I		
08	RC	[illegible]	JUAN	ANDRES	ARRIETA	RUIZ		[illegible]						A												I				A	A		
09	RC	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]				A		I												A					A		
10	RC	[illegible]	ALAN	TOMAS	PARDO	GONZALEZ		[illegible]				A		I												A					A		
11	RC	[illegible]	ARIANA		MALDONADO	SOTO		[illegible]						A												I				A	I		
12	RC	[illegible]	MARIA	[illegible]	[illegible]	RODRIGUEZ		[illegible]						A		A										A					A		
13	RC	[illegible]	KEVIN	ANDRES	[illegible]	ROMERO		[illegible]						A												I				A	A		
14	RC	[illegible]	[illegible]	ALAN	RODRIGUEZ	HERNANDEZ		1								A	A									A					A		
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	

TOTAL

Verificación de cobertura	TOTAL NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE [illegible] MESES ASISTENTES	5
	TOTAL NIÑAS Y NIÑOS MAYORES DE [illegible] MESES ASISTENTES	6
	TOTAL MUJERES GESTANTES Y LACTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la información
Pública

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): LUCIA MORENO CRUZ
Código CUENTAME UDS: [illegible]
Dirección UDS: CALLE [illegible] LA CAROLINA
Centro Zonal: U N O
CC: [illegible]
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: E L P R I N C I P I T O
Municipio: M E T A
Teléfono UDS: [illegible]
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

[redacted]

No.	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	CAUSA DE RETIRO
01	CC	1123803283	TATIANA	ALEJANDRA	POLO	GARCIA	28					A				A					A					A								
02	CC	1121921254	SHAROL	YULIET	PAPILLA	PATIÑO						A				A					A					A								
03	CC	1006534859	DINA	LORENA	BEJARANO	SANCHEZ	25					A				A					A					A								
04	CC	1122927920	LINA	SOFIA	MORALES	VANEGAS	19							A		A					I					A								
05	CC	1121857290	LEIDY	VIVIANA	ALFONSO	GUTIERREZ	27							A		A					A					A								
06	RC	11219909223	KAEL	DEMIR	ROBLES	MOGOLLON	1							A		I					A					A								
07	RC	1244829071	IAN	JACOB	COSSIO	RODRIGUEZ	2									A					A					A					A			
08	RC	1123826110	LIAM	DAVID	CALLEJAS	ACEVEDO	5										I			A		I				A								
09	RC	1122945913	NOAN		QUINTERO	BARRETO	1										I			A		A				A								
10	RC	1121990369	DAHNA	ISABELLA	CALLEJAS	LOZADA	3										A			A		A				A								
11	RC	1121990237	HANNY	SOFIA	RINCON	BELTRAN	4										I					I				I								
12	RC	1122540460	AMARANTA		TORRES	ROJAS	4										A					A				A		A						
13	RC	1121998122	JULIAN	SANTIAGO	MOLINA	VEGA	3										A					I				A		A						
14	RC	1121989404	MARIAPAZ		GUALTERO	DAVILA	1										A					A				A		A						
15	RC	1121988998	JAIR	SANTIAGO	ESPITIA	HERRERA	4										A					A				A				A				
16	S.O		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]																												
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL

[redacted]

COORDINADOR(A) UDS

Lucia moreno Cruz.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Rvd. Jorge Benavides Ortega
Apoyo Tecnico Supervision
16/7/2026

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F22.MT1.PP	[illegible]
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

Hoja ___ de ___

EAS o PDS ___ ASOCIACIÓN PISTA 3
NIT ___ [illegible]
MES ___ JULIO
MODALIDAD DE ATENCIÓN ___ FAMILIAR
NÚMERO DE CONTRATO ___ [illegible]
AÑO [illegible]
SERVICIO DE ATENCIÓN ___

IDENTIFICACIÓN
Regional ___ META
Nombre Agente Educativo (a) ___ LUCIA MORENO CRUZ
Código CUENTAME UDS ___ [illegible]
Dirección UDS ___ CALLE 23 C SUR 15 C 15 - ME LA CAROLINA
Centro Zonal ___ U N O
CC ___ [illegible]
Municipio ___ M E T A
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención ___ E L P R I N C I P I T O
Teléfono UDS ___ [illegible]

IDENTIFICACIÓN/INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DE PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES
01	CC	1123903283	TATIANA	ALEJANDRA	POLO	GARCIA	29	
02	CC	1121821354	SHAROL	YULIET	PASPULLA	PATIÑO		
03	CC	1006534869	DIANA	LORENA	BEJARANO	SANCHEZ	26	
04	CC	1122927828	LINA	SOFIA	MORALES	VANEGAS	19	
05	CC	1121857299	LEIDY	VIVIANA	ALFONSO	GUTIERREZ	27	
06	RC	1121969223	ISAEL	OMAR	ROBLES	MOGOLLON	1	
07	RC	1244629071	IAN	JACOB	COSSIO	RODRIGUEZ	2	
08	RC	1123826110	JUAN	DAVID	CALLEJAS	ACEVEDO	5	
09	RC	1122946913	MOAN		QUINTERO	BARRETO	1	
10	RC	1121990366	DANNA	ISABELLA	CALLEJAS	LOZADA	3	
11	RC	1121990237	SHANNY	SOFIA	RINCON	BELTRAN	4	
12	RC	1122940460	AMARANTA		TORRES	ROJAS	4	
13	RC	1121998122	JULIAN	SANTIAGO	MOLINA	VEGA	5	
14	RC	1121989404	MARIAPAZ		GUALTERO	DAVILA	7	
15	RC	1121989898	JAIR	SANTIAGO	ESPITIA	HERRERA	8	
16	RC		Thiago	Mathias	Correa	Alfonso		0
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

No. de orden	PRIMERA LUN	MAR	MIÉRCOLES	JUE	VIE	SEGUNDA LUN	MAR	MIÉRCOLES	JUE	VIE	TERCERA LUN	MAR	MIÉRCOLES	JUE	VIE	CUARTA LUN	MAR	MIÉRCOLES	JUE	VIE	QUINTA LUN	MAR	MIÉRCOLES	JUE	VIE				CAUSA DE RETIRO
01				A				A					A					A					A			4	1		
02				A				A					A					A					A			4	1		
03				A				A					A					A					A			4	1		
04						A		A					A					A					A			4	1		
05						A		A					I					/					/			1	1	1	
06						A		I					A					A					A			3	1	1	
07								A				A	A					A					A			4	1		
08									I			A		I				A					A			2	1	2	
09									I			A		A				A					A			3	1	1	
10									A					A				A		A			A			4	1		
11									I					I				I		A			I				1	4	
12									A					A				A		A			A			4	1		
13									A					I				A			A		A			3	1	1	
14									A					A				A			A		A			4	1		
15									A					A				A			A		A			4	1		
16																		I					I					2	
17																													
18																													
19																													
20																													
																										[illegible]	15	12	

[redacted]

COORDINADOR(A) UDS

Lucia moreno Cruz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

[illegible]

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	F32.MT1.PP Versión 1 Página 1 de 1 Clasificación de la información: Pública

[illegible]
Hoja 1 de 1

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: [illegible] VILLAVICENCIO
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo(a): [illegible]
Código CUENTAME UDS: [illegible]
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL RINCON DE LA ALEGRIA
Dirección UDS: [illegible]
Teléfono UDS: [illegible]
MES: [illegible]
AÑO: [illegible]
MODALIDAD DE ATENCIÓN: [illegible]
SERVICIO DE ATENCIÓN: [illegible]

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

N°	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 [illegible]	TOTAL MENSUAL [illegible]	TOTAL MENSUAL [illegible]	TOTAL MENSUAL [illegible]	CAUSA DE RETIRO
1	RC	1.121.990.882	ELIAN	DAMIAN	BARRAGAN	RONDON	0	3				A					A					A						A			A			4	1			
2	RC	1.123.455.444	EIMY	SOFIA	BECERRA	CALDERON	0	2									A					A				A		A			A			4	1			
3	RC	1.123.825.822	KEILYN	VICTORIA	CHURQUE	VEGA	0	3						A			A					A						A			A			4	1			
4	RC	1.121.990.880	EIMMY	VICTORIA	SANCHEZ	PATIÑO	0	2						A			A					A						A			A			4	1			
5	RC	1.121.990.873	LIAN	SEBASTIAN	PINEDA	FLOREZ	0	2						A			A					A						A			A			4	1			
6	RC	1.123.825.855	MAIA	VICTORIA	CASTRO	CASTELLANOS	0	3				A					A					A						A			A			4	1			
7	RC	1.123.825.881	JAREK	DANIEL	MADRIGAL		0	3									A			A		A						A			A			4	1			
8	RC	1.122.945.928	MARIA	CELESTE	FULA	FERNANDEZ	0	2									A					A				A		A			A			4	1			
9	RC	1.253.259.425	MATIAS		ORTEGA	BOLIVAR	0	0				A				I						I						I			I			0	1	4		
10	CC	1.006.823.229	MARIA	VALENTINA	GUZMAN	FORERO	24	1								A				A	A							A			A			4	1			
11	SD		YOLIMAR	DEL CARMEN	CUICAS	CASTILLO	30	5								A				A	A							A			A			4	1			
12	CC	1.191.174.392	LAURA	YULIETH	TORRES	SANCHEZ	21	9								A					A					A		A			A			4	1			
13	CC	1.006.797.607	MARIA	FERNANDA	POVEDA	BELTRAN	23	3								A					A							A		A	A			4	1			
14	CC	1.122.511.391	ANGIE	VANESSA	VILLAMIZAR	MONROY	22	6								A					A							A		A	A			4	1			
15	CC	1.123.803.870	LAURA	VALENTINA	AYALA	TOVAR	19	10								A					A							A		A	A			4	1			
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																	TOTAL	56	15	4		

Verificacion De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS [illegible]	9
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS [illegible]	0
	TOTAL MUJERES [illegible]	6

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

[illegible]

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

[illegible]
Versión 1
[illegible]
Página 1 de 1
Clasificación de la información
Pública

EJECUTOR: [illegible]
Nº: [illegible] N.º DE CONTRATO: [illegible]
MES: JULIO AÑO: [illegible]
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: [illegible]

IDENTIFICACIÓN
Regional: META Centro Zonal: [illegible] VILLAVICENCIO Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo: SANDRA PATRICIA BELTRAN CC: [illegible]
Código CUENTAME UDS: [illegible] Nombre Unidad de Servicio de Atención: [illegible]
Dirección UDS: [illegible] CAMBULOS Teléfono UDS: [illegible]
Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTE — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No.	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	SEMANA PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUN	MAR	MIERCOLES	JUEV	VIER	LUN	MAR	MIERCOLES	JUEV	VIER	LUN	MAR	MIERCOLES	JUEV	VIER	LUN	MAR	MIERCOLES	JUEV	VIER	LUN	MAR	MIERCOLES	JUEV	VIER			
01	RC	1122945951	AILANY	ADHARA	OCHOA	RAMOS		1						A		A					A							A	A					3	1	1
02	RC	1121999872	LIAM	DAVID	GUTIERREZ	LOZANO		1						A		A					A							A	A					3	1	1
03	RC	1122945915	NAZHYA	HELENA	OLAYA	HERNANDEZ		2						A		A					A							A	A					4	1	
04	RC	1121990277	JHAILANY	SALOME	MENDOZA	JULIO		4						A		A					A							A	A					4	1	
05	RC	1121990257	ADHARA	SOFIA	CAMPO	SALGUERO		4							A	A					A							A	A					3	1	1
06	RC	1122946779	LIAM	MATHIAS	PIRAGUGA	VARGAS		4							A	A					A							A	A					3	1	1
07	RC	1122544419	NEITHAN	JOEL	DIAZ	OCORO		5								AA					A							A	A					3	1	1
08	RC	1121989736	ADHARA	ISABELLA	CASTILLO	HERRERA		6									A			A		A						A	A					2	1	2
09	RC	1121989755	LIAM	SAMUEL	CARDENAS	GONZALEZ		6									A			A		A						A	A					2	1	2
10	CC	1006825812	FLOR	MARINA	LEON	VARELA	23										A				A	A						A	A					4	1	
11	TI	1029982090	MICHEL	KATERINE	ESTRADA	SANCHEZ	16										A					A						AA	A					4	1	
12	PPT	7599001	MILENNY	ANDREINA	MARQUEZ	GRATEROL	37										A					A				A		A	A					4	1	
13	CC	1127430277	ASTRIHT	JOANA	PEREZ	MUÑOZ	18										A					A						A	A	A					1	4
14	CC	1006820618	ALEJANDRA		PINILLA	ARDILA	26										A					A						A	A	A				3	1	1
15	CC	1193389596	YIRA	MARCELA	MENDEZ	GARCIA	28										A					A				A		A	A					2	1	2
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	44	15	16

COORDINADOR(A) UDS

SANDRA BELTRAN C.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F12.MT1.PP
Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la Información:
Pública

EAS o PDS: ICB PORFIA 2
NIT: [illegible]
NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]
MES: JULIO
AÑO: [illegible]
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: [illegible]

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: 1
Municipio: VILLAVICENCIO
Hoja 1 1
Nombre Agente Educativo (a): DERLY ALEXANDRA HERRERA
CC: [illegible]
Código CUENTAME UDS: [illegible]
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: FRESITAS
Dirección UDS: CLLE 6 N°30-25-27 COMUNEROS
Teléfono UDS: [illegible]

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES

	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE		APELLIDOS DE PARTICIPANTE		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL				CAUSA DE RETIRO
			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					
01	C.C.	1.121.864.071	MERY	ANDREA	MURILLO	OLAYA	38	1						A		A					I																	
02	C.C.	1.123.800.904	PAULA	ANDREA	GONZALEZ	BOHORQUEZ	21	10								A					A																	
03	C.C.	1121904687	KAREN	MELIZA	GONZALEZ	MUÑOZ	32	6								A I				A	I																	
04	C.C.	1006772098	AELIN	YACELI	ESCAMILLA	USURIAGA	24	6								A					I																	
05	C.C.	1.193.092.406	RONNIE		REYES	RODRIGUEZ	23	11								A				A	A																	
06	C.C.	1.029.864.011	MARIA	JOSE	RIVERA	RIVERA	25	6						A		A I					A I																	
07	C.C.	1006926748	SHEYLA	CAROLINA	LANDAETA	OREJUELA	35	6								A					A																	
08	C.C.	1.122.922.932	MARIA	CAMILA	ROJAS	GUZMAN	30	6				A				A I					A																	
09	C.C.	1121902535	YALY	MARCELA		RUIZ	32	11								A					I																	
10	C.C.	1123435455	NASLY	MISHELL	OREJUELA	TRIANA	19	7														I																
11	R.C.	1.121.991.320	THIAGO		MEDINA	LOPEZ	3	6				A					A					I																
12	R.C.	1.122.943.848	AILYN	THALIANA	MENDEZ	SUAREZ	4	3				A										I																
13	R.C.	1.029.872.263	MILAGROS	VICTORIA	GUTIERREZ	FLOREZ	6	1						A								I																
14	R.C.	1121989957	VALERY	LUCIANA	PAZ	PAZ	4	3									A			A		I																
15	R.C.	1121989403	ANTHONELLA		ACUÑA	OREJUELA	3	7														I																
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																	TOTAL					

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES Y GESTANTES ASISTENTES	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES Y GESTANTES ASISTENTES	
	TOTAL MUJERES Y PERSONAS GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) UDS

Derly Alexandra Herrera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Natalia
14:55pm
16/7/26

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F32.M71.PP | 5/05/2020
Versión 1 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

MES: JULIO
AÑO: 2021
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO: FAMI

IDENTIFICACIÓN

Regional: META
Centro Zonal: [illegible]
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DEILY ALEJANDRA HERRERA
CC: [illegible]
Código CUENTAME UDS: [illegible]
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: FRENTAS
Dirección UDS: CLLE 6 Nº 38-25-27 CONDEMINOS
Teléfono UDS: [illegible]

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA L	PRIMERA M	PRIMERA MI	PRIMERA J	PRIMERA V	SEGUNDA L	SEGUNDA M	SEGUNDA MI	SEGUNDA J	SEGUNDA V	TERCERA L	TERCERA M	TERCERA MI	TERCERA J	TERCERA V	CUARTA L	CUARTA M	CUARTA MI	CUARTA J	CUARTA V	QUINTA L	QUINTA M	QUINTA MI	QUINTA J	QUINTA V				CAUSAL DE RETIRO
01	C.C.	1.121.864.071	NURY	ANDREA	MURILLO	OLAYA	34	1						A		A					i					A					i			2	1	2	
02	C.C.	1.123.800.904	PAULA	ANDREA	GONZALEZ	BOHORQUEZ	21	10								A					A					i				A	i			2	1	2	
03	C.C.	1121904887	KAREN	MELIZA	GONZALEZ	MUÑOZ	32	8								i				A	i					A					i			1	1	3	
04	C.C.	1006772008	AELIN	YACELI	ESCAMILLA	USURIAGA	34	9								A					i					A		A			A			3	1	1	
05	C.C.	1.193.092.698	RONNIE		REYES	RODRIGUEZ	23	11								A				A	A					A					i			3	1	1	
06	C.C.	1.030.984.011	MARIA	JOSE	RIVERA	RIVERA	25	8						A		i					i					i					i			0	1	4	
07	C.C.	1006829788	SHEYLA	CAROLINA	LANDAETA	OREJUELA	25	8								A					A					i		A			A			3	1	1	
08	C.C.	1.122.932.032	MARIA	CAMILA	ROJAS	GUZMAN	28	3				A				i					A					A					i			2	1	2	
09	C.C.	1121902535	YALY	MARCELA		RUIZ	32	11								A					i					i		A			i			1	1	3	
10	C.C.	1123435455	NASLY	MISHELL	OREJUELA	TRIANA	19	7									i					i				/	/	/	/	/	/	/	/	0	0	2	D
11	R.C.	1.121.881.029	THIAGO		MEDINA	LOPEZ	5	8				A					A					i				A					A			3	1	1	
12	R.C.	1.122.941.848	AILYN	THALIANA	MENDEZ	SUAREZ	6	3				A					i					i				i					A			1	1	3	
13	R.C.	1.029.972.283	MILAGROS	VICTORIA	GUTIERREZ	FLOREZ	6	1						A			i					i				i					i			0	1	4	
14	R.C.	1121989607	VALERY	LUCIANA	PAZ	PAZ	6	5									A			A		i				A					i			2	1	2	
15	R.C.	1121989402	ANTHONELLA		ACUÑA	OREJUELA	6	7									i					i				/	/	/	/	/	/	/	/	0	0	2	D
16	CC	MARIA	CAMILA	OSORIO	CELIS	1121889081	34	1																		A				A	A			2	1	0	
17	CC	1121893801	ANA	LEYDA	GUAYARA	ARDILA.	33	9																		A				A	A			2	1	0	
18																																					
19																																					
20																																					
																																	TOTAL	27	15	33	

Verificación De Cobertura	
	4
	0
	11

COORDINADOR(A) UDS

Deily Alexandra Herrera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F32.MT[illegible].PP	[illegible]
	Versión 1	Página 1 de 1
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: _[illegible]_
NIT: _[illegible]_ NÚMERO DE CONTRATO: _[illegible]_
MES: _Julio_ AÑO: _2024_
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HOGAR COMUNITARIO FAMI [illegible]
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN: [illegible]
Regional: META Centro Zonal: ___ Otro: ___ Municipio: _Villavicencio_ Municipio: ___
Nombre Agente Educativo(a): [illegible] CC ___ [illegible]
Código CUENTAME UDS: _[illegible]_ Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: [illegible]
Dirección UDS: _CALLE [illegible]_ Teléfono UDS: ___ [illegible]

Hoja _1_ de _1_

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DE PARTICIPANTE PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	MESES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS GRUPALES	ASISTENCIAS HOGAR	INASISTENCIAS GRUPALES	INASISTENCIAS HOGAR	CARTA DE RETIRO
1	RC	1029972296	GETSYMAR	YURLEY	GÓMEZ	ROMERO	0	3	3	1			
2	CC	1006703371	KAREN	LICETH	LOPEZ	SOTO	26	3	1	1			1
3	CC	1121990508	EITAN	ALEJANDRO	ALVAREZ	SALAZAR	0	3	3	1			
4	RC	1123825902	EMMANUEL	MATEO	CANDIA	SOLANO	0	3	3	1			
5	RC	1123825903	DULCE	SAMAIRA	CANDIA	SOLANO	0	3	3	1			
6	RC	1029972216	SAMUEL	DAVID	ARIAS	RUIZ	0	3	3	1			
7	RC	1122945942	DOMINIC	MATEO	PERDOMO	MERCHAN	0	2	3	1			
8	RC	1121990779	JUAN PABLO	PABLO	ROJAS	PAEZ	0	2	2	1			
9	CC	1121896565	YOLMAIRA	ALEJANDRA	JARA	SALAZAR	26	5	2	1			
10	RC	1123825806	GAEL	MARTÍN	JIMÉNEZ	OYOLA	0	4	2	1			
11	RC	1029972262	SOLANGEL		VENERA	BUELVAS	0	3	2	1			
12	RC	1,1225E+10	VALERY	SAMANTHA	SILVA	RIAÑO	0	5	2	1			
13	RC	1122945770	LIAM ARAN	ARAN	LOPEZ	GOMEZ	0	5	2	1			
14	RC	1122545592	ALAHIA	ALEXANDRA	BAQUERO	BELTRAN	0	5	2	1			
15	RC	1029972216	MATHIAS		VENERA	MONTILLA	0	3	2	1			
16			JOSE	MIGUEL	LUNA	LOPEZ	0	1	1	0			
17													
18													
19													
20													
								TOTAL	36	15			1

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA LUNES Grupal	Hogar	MARTES Grupal	Hogar	MIÉRCOLES Grupal	Hogar	JUEVES Grupal	Hogar	VIERNES Grupal	Hogar	SEGUNDA LUNES Grupal	Hogar	MARTES Grupal	Hogar	MIÉRCOLES Grupal	Hogar	JUEVES Grupal	Hogar	VIERNES Grupal	Hogar	TERCERA LUNES Grupal	Hogar	MARTES Grupal	Hogar	MIÉRCOLES Grupal	Hogar	JUEVES Grupal	Hogar	VIERNES Grupal	Hogar	CUARTA LUNES Grupal	Hogar	MARTES Grupal	Hogar	MIÉRCOLES Grupal	Hogar	JUEVES Grupal	Hogar	VIERNES Grupal	Hogar	QUINTA LUNES Grupal	Hogar	MARTES Grupal	Hogar	MIÉRCOLES Grupal	Hogar	JUEVES Grupal	Hogar	VIERNES Grupal	Hogar
1															A										A													A							A					
2								A							A																																			
3								A							A										A																				A					
4															A										A									A											A					
5															A										A									A											A					
6															A										A																				A					
7												A			A										A																				A					
8																	A																	A											A					
9																	A																					A							A					
10								A									A																												A					
11												A					A																												A					
12																	A							A																					A					
13																	A																					A							A					
14																	A							A																					A					
15												A					A																												A					
16																																													A					
17																																																		
18																																																		
19																																																		
20																																																		

Verificación De Cobertura		
	[illegible]	
	[illegible]	0
	[illegible]	

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

[illegible]

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública

EAS o PDS: ASOCIACION DE HCB PORFIA 2
NIT: [illegible]
NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]
MES: JULIO
AÑO: [illegible]
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: UNO
Municipio: VILLAVICENCIO
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): DELLANETH MORER CC [illegible]
Código CUENTAME UDS: [illegible]
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HCB FAM MANITAS CREATIVAS
Dirección UDS: CALLE 37 8 A 41
Teléfono UDS: [illegible]

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE		APELLIDOS DE PARTICIPANTE		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	CC	1121880498	YURI	ZULEIMA	GARAY	MEJIA	34	10
02	CC	1071889434	JULIE	KATERINE	LOPEZ	URREA	31	0
03	CC	1121947616	ALLISON	DEYANIRA	CAMELO	VELASQUEZ	28	11
04	CC	1121834827	SARA	LUCIA	CASTRO	GARCIA	20	10
05	CC	1122920820	LAURA	FERNANDA	POVEDA	GUEVARA	21	10
06	CC	1121916136	LEIDY	JOHANA	PARDO	MARTINEZ	31	11
07	CC	1034279021	LAURA	VALENTINA	RODRIGUEZ	ANGEL	21	8
08	RC	1123455469	ANGEL	DANIEL	CARVAJAL	PENAGOS		1
09	RC	1121990912	NOAH	KALETH	PINTOR	MARTINEZ		1
10	RC	1121990858	LIAN	ANDRES	LAVERDE	CONTRERAS		2
11	RC	1123455440	MARIA	CELESTE	CUINTACO	LOPEZ		2
12	RC	1122945809	RIGEL	AXEL	ALVAREZ	DIAZ		2
13	RC	1121990322	LIAM	ALEJANDRO	ESPINOSA	PARRA		4
14	RC	1121990106	ALAM	JACOBO	SUAREZ	CUENCA		4
15	RC	1123825708	JACOBO		SANDOVAL	ZAMORA		4
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA										SEGUNDA										TERCERA										CUARTA										QUINTA										[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	CAUSA DE RETIRO
	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						
	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar					
01															A										A										A					A					A						4	1			
02															A										I										A									A	A						3	1	1		
03															I										I			A							A										A						2	1	2		
04														A	A										I										A										A						3	1	1		
05															I										A										I					A					I						1	1	3		
06								A							A										I										A										I						2	1	2		
07															I										I										/					A					/						0	1	2		
08													A			I							I												A										A						2	1	2		
09																I							A					A							I										A						2	1	2		
10								I								I							I	I											I										A						1	0	3	2	
11																A							I												A									A	I						2	1	2		
12													A			A							A												A										A						4	1			
13								A								I							I												A										A						2	1	2		
14								A								I							I												I										I						0	1	4		
15																I							A	A											A										A						3	1	1		
16																																																							
17																																																							
18																																																							
19																																																							
20																																																							
[redacted]																																																		TOTAL	31	14	23	2	

[redacted]	8
[redacted]	0
[redacted]	7

COORDINADOR(A) UDS

Dellaneth Morera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F32.MT1.PP | 5/06/2025
Versión 1 | Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

Hoja 1 de 1

NIT:
MES: JULIO
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI BIENESTAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DIANA XIMENA MARTINEZ MORALES CC ##
Código CUÉNTAME UDS: 5000100122436
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: HOGAR RAYITO DE LUNA
Dirección UDS: [illegible]
Teléfono UDS: ##

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES / 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	ASISTENCIAS E. GRUPALES	ASISTENCIAS E. HOGAR	INASISTENCIAS E. GRUPALES	INASISTENCIAS E. HOGAR	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1121990841	MARIAM	ISABELLA	CORDERO	LAYA	0	2				A				A					A						A				A			4	1			
02	R.C	1121990761	MAXIMILIANO		VELEZ	BELTRAN	0	2				A				A					A						A				A			4	1			
03	R.C	1121990741	EILEEN	ARIANNA	LARA	MONZON	0	3				A				A					A						A				A			4	1			
04	R.C	1121990755	MATHIAS	LEONARDO	VEGA	MANTILLA	0	2						A		A					A						A				A			4	1			
05	C.C	1121896308	YARLY	ALEJANDRA	PINEDA	CRUZ	34	8						A		A					A						A				A			4	1			
06	PPT	5708979	ANGELICA	ARIANNIS	CORTES	ROJAS	22	7						A		A					A						A				A			4	1			
07	PPT	1200772	MORELIA		LINARES	VALERO	22	10								A				A	A						A				A			4	1			
08	C.C	1226143354	ANGIE	DANIELA	CEDEÑO	MORALES	33	8									A			A		A					A				A			4	1			
09	C.C	1234788149	MARLY	SOLAY	JIMENEZ	AVILA	29	1									A			A		A					A				A			4	1			
10	C.C	1193581976	LIZETH	VANEZA	CALDERON	GUTIERREZ	24	11									A					A			A		A				A			4	1			
11	C.C	1121922898	ENDRICK		RAMIREZ	PULIDO	31	8									A					A			A		A				A			4	1			
12	C.C	1129455331	IAN	JADIEL	CARDONA	MARMOLEJO	3	6									A					A			A		A				A			4	1			
13	C.C	1121991067	HANZEL	LUCIANO	OCHOA	MELENDEZ	2	1									A					A				A			A	A				4	1			
14	R.C	1123825542	EMILY	SAMANTHA	GOMEZ	MATIAS	2	6									A					A				A			A	A				4	1			
15	R.C	1121990100	ANTONELLA		LOAIZA	MONTERO	2	3									A					A				A			A	A				4	1			
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																	TOTAL	60	15			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ATENDIDOS	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES 6 A 6 MESES ATENDIDOS	
	TOTAL MUJERES Y PERSONAS GESTANTES ATENDIDAS	

COORDINADOR(A) UDS

4033427

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F32.MT1.PP
[illegible]
Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la Información:
Pública

EAS o FDS: ___ASOCIACION [illegible]
NIT: [illegible]
NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]
MES: JULIO
AÑO: 2020
MODALIDAD: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI [illegible]

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: UNO
Municipio: VILLAVICENCIO
Hoja _1_ de _1_
Nombre Agente Educativo (a): MARICELA HERNANDEZ R.
CC. [illegible]
Código CUENTAME UDS: ___5000100003[illegible]
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LA ALEGRIA
Dirección UDS: CALLE 18 SUR 11-47 VILLA MELIDA
Teléfono UDS: 321[illegible]

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DE PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES					CAUSA DE RETIRO
01	CC	1123802784	MARIA	ALEJANDRA	PANESSO	SILVA	30		4	1			
02	CC	1121935797	NAYARIT	DAYANA	CAÑON	RAMIREZ	30		4	1			
03	CC	1124218489	YEINY	LORENA	FORERO	MARIN	30		2	1			V
04	CC	1121909905	ANDREA	MARCELA	FERNANDEZ	PEREZ	32				3	1	
05	CC	1121895886	XIMENA	PAOLA	AREVALO	LIZARAZO	33		1				V
06	RC	1121990882	ERICK	SAMUEL	TORRES	NARANJO		1	4	1			
07	RC	1121990789	EIDEN	SANTIAGO	ORTIZ	ROJAS		2	4		1		
08	RC	1121990582	I AM	FELIPE	HERAN	SAMUEL		3	4				
09	RC	1244029020	NICOLAS	EDUARDO	BERNAL	MARTINEZ		3	4				
10	RC	1122544471	EMILIANO		PEÑA	TORRES		4	3		1		
11	RC	1122544468	LIAM	ESTIVEN	VELASCO	FRANCO		4	3		1		
12	RC	1123625603	ALIZENT	MELINA	ARDILA	BUSTOS		6	3	1			
13	RC	1121989817	SALVADOR		OSTOS	CUELLAR		8	3		1		
14	RC	1121991056	Thiago	Alexander	Gallardo	Rodriguez		1	2				
15	CC	1122919761	Luna	Michell	Velasquez	Largo	21		2				
16													
17													
18													
19													
20													
								TOTAL	41	5	7	4	

1
2
4

COORDINADOR(A) UDS

Maricela Hernandez 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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

[illegible]	[illegible]
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información Pública	

INFORMACIÓN BÁSICA DE PARTICIPANTES

No.	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	TOTAL MENSUAL		
[illegible]	RC	[illegible]	JESUS	DAVID	ORTIZ	CANCELADO		[illegible]	4	1	
[illegible]	RC	[illegible]	YOHAN	ALEXANDER	PARDO	VILLAMIL		[illegible]	4	1	
[illegible]	CC	[illegible]	DAINES	STIVEN	OCAMPO	MELO		[illegible]	1	1	3
[illegible]	CC	[illegible]	YULI	ANDREA	MORENO	PADILLA	[illegible]		4	1	
[illegible]	RC	[illegible]	JUAN	SAMUEL	ESPEJO	TORRES		[illegible]	3	1	1
[illegible]	RC	[illegible]	CLAUDIO	JOSE	REY	ESQUIVEL		[illegible]	4	1	
[illegible]	CC	[illegible]	LAURA	SOFIA	MELO	RAMIREZ	[illegible]		4	1	
[illegible]	RC	[illegible]	AARON	DAMIAN	PEÑA	GONZALEZ		[illegible]	2	1	2
[illegible]	RC	[illegible]	BRYAN	RENATO	MEJIA	CASTRO		[illegible]	0	1	4
[illegible]	RC	[illegible]	[illegible]		GUEVARA	CRUZ		[illegible]	2	1	
[illegible]	CC	[illegible]	NICOLE	[illegible]	VALBUENA	ARANDA	[illegible]		2	1	2
[illegible]	RC	[illegible]	[illegible]	ISABELLA	GALVIS	BELTRAN		[illegible]	3	1	1
[illegible]	RC	[illegible]	[illegible]	SANTIAGO	CARRANZA	JIMENEZ		[illegible]	3	1	2
[illegible]	RC	[illegible]	[illegible]	SAMUEL	BELTRAN	AGUDELO		[illegible]	3	1	1
[illegible]	RC	[illegible]	MARIEL	SOFIA	GARZON	DOMINGUEZ		[illegible]	4	1	
									TOTAL 41	15	16

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA

Sully Gutierrez

RESPONSABLE DE GRUPO

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F32.MT1.PP
6/06/2026
Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública

EAS o IPS: ASOCIACION DE HCB PORFIA TRES
NIT:
NUMERO DE CONTRATO: [illegible]
MES: JULIO
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: FAMI BIENVENER

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Nombre Agente Educativo (a): LUZ DARY PABON LEAL
Código CUENTAME UDS: 500010023839
Dirección UDS: Cra 37 N° 21 - 42.44 SAN BENITO

Centro Zonal: VILLAVICENCIO - UNO
CC: 40392208

Hoja 1 de 1
Municipio: VILLAVICENCIO
NOMBRE Unidad de servicio/Unidad de atención: LA SAGRADA FAMILIA
Teléfono UDS: 321 3660617

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA
SEMANAS

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE		APELLIDOS DE PARTICIPANTE		EDAD		PRIMERA										SEGUNDA										TERCERA										CUARTA										QUINTA										TOTAL MENSUAL				CAUSA DE RETIRO
			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 GRUPALES	ASISTENCIAS HOGAR	INASISTENCIAS GRUPALES	INASISTENCIAS HOGAR	
									E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar					
1	C.C.	1000987102	YURY	CAROLINA	CASTILLO	RAMOS	25	8															A																							A							A						2	1	0	0	
2	C.C.	1121956471	DARYY	LORENA	MOTA	MARIÑO	28																A																							A							A						2	1	0	0	
3	C.C.	1122508742	KAROL	VALENTINA	HERRERA	AVILA	21	7															A																													A	J						1	1	1	0	
4	R.C.	1253259324	ANA	SOFIA	HERNANDEZ	JARA		2								A							A																														A						2	1	0	0	
5	R.C.	1121990597	MARIA	JOSE	MORA	ORTIZ		3								A							A																														A						2	1	0	0	
6	R.C.	1123455416	EITHAN	JACOB	ESPINOSA	BELTRAN		3								A							A																														A						2	1	0	0	
7	R.C.	1123825841	KAITLIN	ANTONIETA	GUEVARA	INTENCIPA		3												A					A												A																A						3	1	0	0	
8	R.C.	1123825840	ALAILA	ANTONELLA	LINARES	GOMEZ		3												A					A												A																A						3	1	0	0	
9	R.C.	1123825846	SAMAY	ALANNA	ROJAS	URREA		3												A					A												I																A						2	1	1	0	
10	R.C.	1121990212	MIA	ISABELLA	TIUSO	SANCHEZ		4																	A								A			A																	A						3	1	0	0	
11	R.C.	1121989940	ARON	GABRIEL	AMARANTO	FONSECA		5																	A								A			A																	A						3	1	0	0	
12	R.C.	1121989845	LAUREN	SOFIA	MORA	ORTIZ		5																	A								A			I																	A						2	1	1	0	
13	R.C.	1121989447	YARETZY	CATALEYA	CALZADILLA	URREA		6																	A											I											A						A						2	1	1	0	
14																																																														
15																																																														
16																																																														
17																																																														
18																																																														
19																																																														
20																																																														
																																																						TOTAL	29	13	4	0	

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	9
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	1
TOTAL MUJERES Y PERSONAS GESTANTES ASISTENTES	3

COORDINADOR(A) UDS

Luz Dary Pabón Leal
RESPONSABLE DE GRUPO

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la Información
Pública

ASOCIACIÓN HCB DE PORFIA 3
NÚMERO DE CONTRATO 50006532024
MES: JULIO
MODALIDAD: FAMILIAR Y COMUNITARIA
Regional: META
Centro Zonal: VILLAVICENCIO [illegible]
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Unidad de Servicio: LAS BELLAS

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES / CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No.	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	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		
1	CC	1121947022	MARIA	FERNANDA	REYES	CARRILLO	28	6				A				A				A						A					A			4	1	2
2	CC	1177601116	JULIANA	NATHALYT	SOSA	PUERTA	21	9								A				A		A				A					A			4	1	0
3	PPT	5327074	JOCMARY	SINAI	MOSQUEDA	CASTRO	17	1				A				A				A						A					A			4	1	0
4	CC	1006408290	DARIANA	ALEXANDRA	PALECHOR	MORA	24					A				I				A						A					A			3	1	1
5	CC	1121891937	LUZ	OMAIRA	QUINTERO	HERRERA	30							A		A				A						A					A			4	1	0
6	CC	1006902571	KAREN	DAYANA	BERNAL	AVILA	22							A		A				A						A					A			4	1	0
7	CC	1121844064	ANA	KARINA	CASTILLO	CASTILLO	36	11						A		I				I						/					/			0	7	2
8	SD		ALAIA	VICTORIA	HOYOS	TIQUE		1								I				I		A				I					I			0	1	4
9	RC	1123825914	THIANA	GISSELLE	SIMIJACA	RINCON		3									A				A	A				A					A			4	1	0
10	RC	1011271971	EMILY	SOFIA	TABARES	BECERRA		2									A				A					A		A			A			4	1	0
11	RC	1122544552	MAXIMILIANO		HURTADO	DAZA		2									A				I					I		A			I			1	1	3
12	RC	1244829015	LIAM	JACOB	RIOS	SANCHEZ		4									A				A					I		A			A			3	1	1
13	RC	1122945794	HEYLEN	AYLANNY	GARCIA	GUILLEN		3									A				A					I				A	I			2	7	2
14	RC	1121989882	SAMARA		REAL	REYES		5									A				A					I				A	A			3	1	7
15	RC	1122946056	VALERIA		SANCHEZ	CASTILLO																				I					I			0		
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL

Verificación de Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES [illegible] MESES ASISTENTES
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE [illegible] MESES ASISTENTES
TOTAL MUJERES Y PERSONAS GESTANTES ASISTENTES

COORDINADOR(A) LOS

Sosa Gomez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

OK

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la Información
Pública

CERTIFICACIÓN

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No.	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA L	PRIMERA M	PRIMERA MI	PRIMERA J	PRIMERA V	SEGUNDA L	SEGUNDA M	SEGUNDA MI	SEGUNDA J	SEGUNDA V	TERCERA L	TERCERA M	TERCERA MI	TERCERA J	TERCERA V	CUARTA L	CUARTA M	CUARTA MI	CUARTA J	CUARTA V	QUINTA L	QUINTA M	QUINTA MI	QUINTA J	QUINTA V	TOTAL MENSUAL			
01	CC	1122525854	LUISA	FERNANDA	MARIN	CHA	22	03				A				A					A					A					A			4	1		
02	CC	1122922752	SARA	VALENTINA	RODRIGUEZ	CONTRERAS	20	03						A		A					I					A					I			2	1	2	
03	CC	1006655887	PAULA	NATALIA YURLEY	CARDENAS	HERNANDEZ	25	03				A				A					A					A					A			4	1		
04	CC	1012326664	LUISA	FERNANDA	PEÑA	PAEZ	21	06				A				A					A					A					A			4	1		
05	CC	1123860002	NICOL	TATIANA	CASTILLO	ROJAS	22	06						A		A					A					A					A			4	1		
06	RC	1244829091	NOAH	SMITH	MOLINA	PUERTO	00	00						A		A					A					I					A			3	1	1	
07	RC	1121990989	ADHARA	VICTORIA	SILVA	MEDINA	00	00								I					A					I					A			2	1	2	
08	RC	1120848180	ANA	MARIA	SALCEDO	POVEDA	00	01									A					A				A	A				A			4	1		
09	RC	1122544561	LIAM	EMMANUEL	SARMIENTO	CAMPOS	00	02									A					A				A	A				A			4	1		
10	RC	1121990670	JORDAN	MATIAS	BELTRAN	RODRIGUEZ	00	02									A					A				A	A				A			4	1		
11	RC	1122544563	MARLON	ISAAC	OVIEDO	FRANCO	00	02									A					A				A				A	A			4	1		
12	RC	1123455428	THIAGO		NOVOA	ORDOÑEZ	00	03									A					A				A				A	A			4	1		
13	RC	1122945860	ELION	MATHIAS	FARFAN	MUÑOZ	00	03									A			A		A				A					A			4	1		
14	RC	1121990155	MIA	CATALEYA	CABARCAS	NAVARRO	00	03									AA					A				A					A			4	1		
15	RC	1121990114	MIGUEL	ANGEL	CARDONA	DIAZ	00	04									A			A		A				A					A			4	1		
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
																																		TOTAL 55	15	5	0

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

COORDINADOR(A) UDS

Adriana Nieto C

RESPONSABLE DE GRUPO

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F35.MP1.PP
Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la información
Pública

Regional: META
Nombre Agente Educativo: LEIDY JOHANNA TORRES AMAYA
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Unidad de Servicio: LOS GIRASOLES

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No.	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	TOTAL			
01	CC	1122506253	SARA	JIMENA	GARZON	LINDA	21	8	4	1	0	0
02	CC	1.006.827.679	ANGIE	MILENA	LEAL	MEDINA	28	9	4	1	0	0
03	CC	1121906372	LEYDI	TATIANA	SANCHEZ	DUEÑAS	32	7	4	1	0	0
04	RC	1122946047	LIAM	SANTIAGO	PARADA	HERNANDEZ	[illegible]	[illegible]	2	1	2	0
05	RC	1.123.820.151	JUAN	FELIPE	SANABRIA	RUIZ	[illegible]	[illegible]	0	1	4	0
06	CC	1123455492	ASLENY	ADELAY	ZULES	ACOSTA	[illegible]	[illegible]	0	1	4	0
07	RC	1253259431	ANGELY	ADHARA	CASTILLO	ROJAS	[illegible]	[illegible]	4	1	0	0
08	CC	1123455435	ALANNA	SOPHIA	ANGUCHO	ROBAYO	[illegible]	[illegible]	4	1	0	0
09	CC	1122945890	EMILIANO		GIL	VELASQUEZ	[illegible]	[illegible]	4	1	0	0
10	CC	1122544489	EVELYN	SARAY	ROJAS	GONZALEZ	[illegible]	[illegible]	4	1	0	0
11	CC	1.122.945.761	IAN	SANTIAGO	ACUÑA	YAGUILU	[illegible]	[illegible]	4	1	0	0
12	RC	1122544435	JUAN	SEBASTIÁN	RINCON	PACHECO	[illegible]	[illegible]	4	1	0	0
13	RC	1.121.869.912	ALISSON		BELTRAN	HERNANDEZ	[illegible]	[illegible]	4	1	0	0
14	CC	1.121.890.038	ALANA	CATALEYA	PINTO	RAMIREZ	[illegible]	[illegible]	4	1	0	0
15	CC	1.029.972.265	THIAGO	EMMANUEL	DIAZ	MEJIA	[illegible]	[illegible]	4	1	0	0
16												
17												
18												
19												
20												
								TOTAL	50	15	10	0

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA
SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA

Verificación De Cobertura	
[illegible]	11
[illegible]	4
[illegible]	4

COORDINADOR/A UDS

LEIDY JOHANNA TORRES AMAYA
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	F53.MT1.PP Versión 1
		Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

[illegible]

REGIONAL: META

Centro Zonal: [illegible]

Municipio: VILLAVICENCIO

AÑO: [illegible]

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: [illegible]

Nombre Agente Educativo: [illegible]

CC:

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: [illegible]

Dirección UDS: [illegible]

Teléfono UDS:

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

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			TASA DE RETIRO
01	CC	1006825554	KELLY	JOHANA	DIAZ	MARIN	25	6								A					I					I		A			I			1	1	3	
02	CC	1.121.913.885	MARIA	ALEJANDRA	VELASQUEZ	AVENDAÑO	30	2				A				A					A					A					A			4	1	0	
03	CC	1121840513	ANYI	LORENA	GOMEZ	MEDINA	19	6								A					A					A		A			A			4	1	0	
04	CC	1.121.966.207	GABRIEL	YURANI	ANGULO	VILLABONA	27	2				A				A					A					I					I			3	1	2	
05	CC	1.096.777.450	MARYORY		VANEGAS	GARZON	34	11								I				A	I					I					I			0	1	4	
06	CC	1097197490	GISELL	XIMENA	DELGADO	DEVIA	39	2								A				A	A					A					A			4	1	0	
07	CC	1.121.904.470	JESSICA	MARCELA	MARTINEZ	MARIN	29	11				A				I					I					I					I			0	1	4	
08	CC	1007380464	IVONN	VANESSA	PIÑEROS	BAQUERO	26	2								I					I					I				A	I			0	1	4	
09	CC	1110488035	ANYI	KATHERIN	GOMEZ	HERNANDEZ	38	7								I					I													0	0	2	
10	RC	1.029.073.318	ANA	MARIA	ACOSTA	CLAVIJO	3	3									I					I				A		A			A			2	1	2	
11	RC	1.244.829.034	EMERSON	ANDRES	HERNANDEZ	ORDOÑEZ	3	3									A					A				A		A			A			4	1	0	
12	RC	1123605909	EIHREL	CAMILA	LEAL	VELOSA	0	3							A		A					A				A					A			4	1	0	
13	RC	1122544506	MIA	DAHIARA	ARCE	ALONSO	0	3									I					I				I				A	A			1	1	3	
14	RC	1121900048	AMY	VICTORIA	PINEDA	SEQUERA	0	5							A		A					A				A					I			3	1	1	
15	RC	1123025614	NAHOMY	ALESSANDRA	CASTRO	RAMIREZ	0	6								A	A					A				A					I			3	1	1	
16	Rc	1029972848	Evelin		Montero	Gomez																				I				A	I			0	1	2	
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
																																	TOTAL	33	5	18	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENCIA	5
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES [illegible]	1
	TOTAL GESTANTES Y PERSONAS GESTANTES ASISTENCIA	9

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	[illegible] / [illegible] Versión 1 / Página 1 de 1 Clasificación de la información: Pública

MES: JULIO

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN

Regional: META

Centro Zonal: [illegible] VILLAVICENCIO

Municipio: VILLAVICENCIO

Nombre Agente Educativo/a: SANDRA VIVIANA VERGARA ROBLEDO

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
01	CC	1.121.882.584	ELIZABETH		CASTAÑEDA	GUAVITA	34	8
02	PPT	6112510	ANGELICA	KRISTEL	BERMUDEZ	GARCIA	24	11
03	CC	1.122.512.766	ANGIE	LISETH	PADILLA	DUQUE	20	0
04	CC	1.122.918.756	YENNY	BRIGITH	ROJAS	RODRIGUEZ	22	2
05	CC	1.006.875.700	GISETH	LORENA	NAVARRETE	CHAVERRA	23	9
06	CC	1.001.063.020	STEFANIA		TORRES	ROMERO	25	5
07	CC	1.029.986.893	ANA	SOFIA	CASTRO	OTALORA	18	7
08	CC	1.121.958.348	ALEJANDRA		ALVARADO	VERGARA	27	9
09	RC	1.253.259.361	YESSICA	THALIANA	MARTINEZ	CULMA	0	1
10	RC	1.253.259.362	JOSEGAEL		MARTINEZ	CULMA	0	1
11	RC	1.016.757.404	DANIEL	CAMILO	BERMUDEZ	HERNANDEZ	0	1
12	RC	1.234.796.562	ELAINE	ISABELLA	RODRIGUEZ	BURGOS	0	3
13	RC	1.121.990.564	SAMUEL	JESUS	BETANCOURT	LEON	0	2
14	RC	1.122.544.465	ANGEL	FARID	MANRIQUE	MORENO	0	4
15	RC	1.122.945.767	ANGEL	GABRIEL	BASTIDAS	PEREZ	0	4
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	PRIMERA LUN	PRIMERA MAR	PRIMERA MIÉ	PRIMERA JUE	PRIMERA VIE	SEGUNDA LUN	SEGUNDA MAR	SEGUNDA MIÉ	SEGUNDA JUE	SEGUNDA VIE	TERCERA LUN	TERCERA MAR	TERCERA MIÉ	TERCERA JUE	TERCERA VIE	CUARTA LUN	CUARTA MAR	CUARTA MIÉ	CUARTA JUE	CUARTA VIE	QUINTA LUN	QUINTA MAR	QUINTA MIÉ	QUINTA JUE	QUINTA VIE	TOTAL MENSUAL [illegible]	TOTAL MENSUAL [illegible]	TOTAL MENSUAL [illegible]	TOTAL MENSUAL [illegible]	CAUSA DE RETIRO
01								A					A					A				A	A			4	1			
02						A		A					A					A				A				4	1			
03				A				A					I					I				I				1	1	3		
04								A				A	A					A				A				4	1			
05								A				A	A					A				A				4	1			
06								A					A					A				A	A			4	1			
07				A				A					A					A				A				4	1			
08				A				A					A					A				A				4	1			
09						A			A					A				A				A				4	1			
10						A			A					A				A				A				4	1			
11									A			A		A				A				A				4	1			
12									A					I				A		A		A				3	1	1		
13									A					I				A		A		A				3	1	1		
14									A					A				A		A		A				4	1			
15									A					A				A				A	A			4	1			
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														
TOTAL																										55	15	5		

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE [illegible] ASISTENTES	7
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE [illegible] ASISTENTES	0
TOTAL MUJERES Y PERSONAS GESTANTES ASISTENTES	8

COORDINADOR(A) UDS

Sandra Viviana Vergara

RESPONSABLE DE GRUPO

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

OK

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F32.MT1.PP
		5/06/2026
		Versión 1
		Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS: ______________ ASOCIACION HCB PORFIA 3
NIT: ________ 800143122-6
NUMERO DE CONTRATI: 5000653024
MES ________ JULIO
AÑO: 2026________
MODALIDAD DE ATENCIÓN: ________ FAMI
SERVICIO DE ATENCIÓN: ________ FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: ____________ META
Centro Zonal ______________________ 1
Municipio: ____________ VILLAVICENCIO
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo: MARGARITA GARCIA
CC________ 40398077
Código CUENTAME UDS: 5000100124840,50
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención______________ MI PEQUEÑA LULU
Dirección UDS: ________ CRA 26B NO 6A 56 SERRANIA
Teléfono UDS: __________ 3144536252

INFORMACIÓN GENERAL DE PARTICIPANTES

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE		APELLIDOS DE PARTICIPANTE		EDAD		PRIMERA										SEGUNDA										TERCERA										CUARTA										QUINTA										TOTAL MENSUAL
			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		
									Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	Grupal	Hogar	
01	RC	1121990377	ANGEL	DARIO	GONZALEZ	AGUILAR		4												A			A										A														A						A						5
02	RC	1123825733	GISELL	SAMARA	JAIME	ARANGO		4								I							I										I														I						I						—
03	RC	1123825865	MIA	SALOME	RUIZ	MOYA		3															A										A			A											A						A						5
04	RC	1121990207	MADELYN		VERA	SUESCA		4															A										A			A											A						A						5
05	RC	1121990558	ANA	SOFIA	PACHON	FERNANDEZ		3												A			A										A														A						A						5
06	RC	1123825801	JOSUE	MATHIAS	MORENO	RAMIREZ		4												A			A										A														A						A						5
07	RC	1141533271	SALVADOR		SANDOVAL	CARRANZA		1								R							I										I														I						I						1
08	RC	1123826129	ALAIA		ROMERO	VELASQUEZ		1																	I								I													A			I						I						1
09	RC	1121991030	AINNARA	ELIBETH	HERRERA	RODRIGUEZ		1								A									I								I														I						I						1
10	RC	1123826168	DYLAN	CAMILO	REYES	REYES		1																	I								I													A			I						I						1
11	CC	1253259468	JUAN	DAVID	DIAZ	BAQUERO		1																	I								I																I				A		I						1
12	CC	1006823902	MICHELL	NATALIA	GARCIA	VASQUEZ	23																		A								A													A			A						A						5
13	CC	1022927375	WENDY	DALLANA	MESA	TRIANA	22																		A								A																A				A		A						5
14	CC	1121876747	ENA	ROCIO	PAZ	INESTROZA	36																		A								A					A											A						A						5
15	CC	1121147226	JADY	JOHANA	HUERTA	LARA	18																		A								A																A				A		A						5
16																																																										
17																																																										
18																																																										
19																																																										
20																																																										

TOTAL 50

Verificación De Asistencia	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	

______________________ COORDINADOR(A) UDS

Margarita García
RESPONSABLE DE GRUPO

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

[illegible]

TOK

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	F12.MT1.PP	[illegible]
		Versión 1	Página 1 de 1
		Clasificación de la información Pública	

Hoja _1_ de _1_

NIT ___ [illegible]
MES ___ JULIO
MODALIDAD DE ATENCIÓN ___
SERVICIO DE ATENCIÓN
NÚMERO DE CONTRATO ___ [illegible]
AÑO ___ [illegible]
FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional ___ META
Nombre Agente Educativo(a) ___ CARMEN JULIA RIVERA
Código CUÉNTAME UDS ___ [illegible]
Dirección UDS ___ CARRERA 46 #31-35 [illegible] MONTECARLO
Centro Zonal ___ UAC
Municipio ___ VILLAVICENCIO
Nombre Unidad de Servicio ___ MI PEQUEÑO MUNDO
Teléfono UDS ___ [illegible]

INFORMACIÓN BIOMÉDICA DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
01	CC	1048801414	JULIEHT	ALEXANDRA	GARCIA	LEGUIZAMON	27	
02	CC	1077723979	LAURA	KATHERINE	TORRES	BERMUDEZ	28	
03	CC	1121472887	ILCEN	ANDREA	JARA	GUTIERREZ	30	
04	CC	1121800091	PAOLA	ANDREA	PADILLA	PALACIOS	30	
05	RC	1123025146	MARIA	CAMILA	CASTILLO	CABULO		1
06	RC	1121900904	MARIA	ZOE	RAMOS	LOPEZ		1
07	RC	1026972041	EVELYN	ISABELLA	RODRIGUEZ	BERMUDEZ		2
08	RC	1123025726	EMILY	SARAHI	OTALORA	MORENO		1
09	RC	1121960175	ANYEL	DAEL	GARCIA	LEIVA		3
10	RC	1234795552	DEYLAN	LEANDRO	CORTES	RODRIGUEZ		
11	RC	1121960066	AXEL	JERONIMO	ROMERO	BEDOYA		5
12	RC	1121990232	WESLY	ANNARIA	MECHE	MARQUEZ		4
13	RC	1234795807	MIA	ANTONELLA	MECHE	LOPEZ		3
14	RC	1123544479	MARIA	JOSE	VELCHE	JUSHAYU		4
15	RC	1121958498	THIAGO	ALEJANDRO	HERNANDEZ	DUARTE		5
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIERCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIERCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIERCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIERCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIERCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL	
01						A		A					A					I					I			3	2
02								A					I					A		A			A			4	1
03						A		A					I					A					A			4	1
04								I					I					I		A			I			1	1
05						A		I					I					I					I			1	1
06								I					A					A				A	A			4	1
07								A					A					A					A			4	1
08				A					I			A		I				A					A			1	1
09									I					I				I		A			A			3	1
10				A					A					A				A					A			4	1
11				A					A					A				A					A			2	1
12									A			A		A				I					I			3	1
13									A			A		A				A					I			3	1
14									I					I				I				A	I				1
15									I					I				I				A	I				1
																									TOTAL	39	15

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE SEIS AÑOS ATENDIDOS	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 AÑOS ATENDIDOS	
TOTAL MUJERES GESTANTES/LACTANTES ATENDIDAS	

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F4.MPT.PP
Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la información
Pública

EAS + FOR: ASOCIACION DE HOB FORMA 2
NIT: 900.140.122-6
NUMERO DE CONTRATO: 500
MES: JULIO
AÑO: 2020
MODALIDAD DE ATENCION: MODALIDAD FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCION: HCB FAMI

IDENTIFICACION
Regional: META
Centro Zonal: UNO
Municipio: VILLAVICENCIO
Folio ___ de ___
Nombre Agente Educat.: LUCELLY CORTES CUBIC CC. 40388483
Código CUENTAME: U 5.0001E+12
Nombre Unidad de Servicio Unidad de Atención: 88 PRIMERA INFANCIA
Dirección UDS: CRA 39A C 20B 25 MZ 3A CASA 7 LA PELIGUA
Teléfono UDS: 3213734439

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE		APELLIDOS DE PARTICIPANTE		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL				CAUSA DE RETIRO
			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 E. GRUPALES	ASISTENCIAS E. HOGAR	INASISTENCIAS E. GRUPALES	INASISTENCIAS E. HOGAR	
01	CC	1.121.826.540	YENIFER	LORENA	REYES	TORO	36	7						A		A					A					A					A			4	1	0	0	
02	CC	1.073.594.387	MARIA	EULALIA	MARTINEZ	PEREZ	37	8								A				A	A					A					A			4	1	0	0	
03	CC	1.121.885.174	ADRIANA	ELIZABETH	URREA	GONZALEZ	31	6								A					I					I				A	I			1	1	3	0	
04	PPT	4.997.518	LYONNELYS	YELISMAR	DIAZ	MIJARES	14	7								I				A	I					A					A			2	1	2	0	
05	CC	1.006.834.880	JESICA	JULIANA	SANCHEZ	TRUJILLO	25	2				A				I					A					A					A			3	1	1	0	
06	CC	1.123.565.741	HILDA	JULIANA	FAJARDO	HERNANDEZ	31	6				A				A					A					A					A			4	1	0	0	
07	PPT	6.274.190	LIOSMAYELIS	YESIMAR	DIAZ	MIJARES	15	11								/					/					/					/			0	0	3	00	
08	CC	1.121.991.944	ANA	PAULA	ACOSTA	AMORTEGUI	0	8				A					I					I				I					I			0	1	4	0	
09	RC	1.123.825.848	ELIAN	DAVID	ALBERTOS	GARCIA	15	7									A					A				A	A				A			4	1	0	0	
10	RC	1.121.995.742	ANGEL	JERONIMO	RODRIGUEZ	VALENZUELA	0	1									A					A				A	A				A			4	1	0	0	
11	RC	1.123.495.491	JULIETA		DELGADO	PEÑA	0	6									A					A				A	A				A			4	1	0	0	
12	RC	1.123.845.798	MILANY	SARITA	ALFONSO	DIAZ	0	2									A					A				A				A	A			4	1	0	0	
13	RC	1.123.828.199	ENYER	GAEL	PALACIOS		0	1						A			I					A				I					I			1	1	3	0	
14	RC	1.121.896.244	NEILY		LOPEZ	URREA	0	3									A					A				A				A	A			4	1	0	0	
15	RC	1.123.820.874	IVANNA	GISELLE	PINEDA	ARENAS	0	4						A			I					I				I					I			0	1	4	0	
16	SD		ETHAN	MATHIAS	DI ROCCO	DIOZ	0	0								I				A	I					I					I			0	1	4	0	
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																	TOTAL	9	16	5	0	

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

COORDINADOR(A) UDS

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

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	F12.MT1.PP	5/06/2025
	Versión 1	Página 1 de 1
	Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDV: ASOCIACION [illegible]
NIT: [illegible]
MES: JULIO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: [illegible]
NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]
AÑO: 2025

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Nombre Agente Educativo: [illegible] DIANA RODRIGUEZ
Código CUENTAME UDS: [illegible]
Dirección UDS: CALLE [illegible]
Centro Zonal: UNO
CC: [illegible]
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Unidad de Servicio: [illegible]
Hoja 1 de 1
Teléfono UDS: [illegible]

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					[redacted]	[redacted]	[redacted]	CAUSA DE RETIRO
									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				
01	CC	40334115	CLARA	INÉS	GUTIERREZ	REINOSO	41	6				A				A					A					A					I			3	1	1	
02	CC	1122652293	NICOL	YULIETH	JAIMES	ARIAS	30	7				A				A					A					A					I			3	1	1	
03	CC	1121861681	SANDRA	MARCELA	MARIN	OLAYA	37	2				A				I					A					A					A			3	1	1	
04	CC	1006796232	KAREN	TATIANA	BERMUDEZ	AVILA	28	7						A		A					A					A					A			4	1		
05	CC	1035530663	NICOL	ESTEFANY	RODRIGUEZ	PARDO	30	0						A		A					I					A					A			3	1	1	
06	CC	1234791320	YENIFER	DANIELA	GAVILAN	VARGAS	25	10						A		A					A					I					A			3	1	1	
07	CC	1006827136	MICHELL	ALEJANDRA	GARZON	BAQUERO	23	1								A				A	A					I					A			3	1	1	
08	RC	1121990867	THIAGO	IZAAC	USME	CUENCA		2									A			A		I				A					A			3	1	1	
09	RC	1122945871	ISAAC	NOGIER	GONZALEZ	TELLEZ		3									A			A		I				I					A			1	1	3	
10	RC	1122945808	ELIHAN	JACOBO	ACOSTA	YATE		3									I					I				I	A				I				1	4	
11	RC	1122945807	EITHAN	STIVEN	ACOSTA	YATE		3									I					I				I	A				I				1	4	
12	CC	1121829258	LUISA	FERNANDA	MONTOYA	LOPEZ	39	2									A					I				I	A				I			1	1	3	
13	RC	1122945769	LIAMN	ALEXANDER	GARZON	ESCANDON		3									A					A				A				A	A			4	1		
14	RC	1234798882	KIMBERLY	SOFIA	ESQUIVEL	CEDEÑO		2									A					A				A				A	I			2	1	2	
15	RC	1122944592	NEITHAN		CELIS	REYES		2									I					I				I				A	A			1	1	3	
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
																																	TOTAL	33	15	26	

[redacted]

COORDINADOR(A) UDS

Diana Rodriguez Barrera
RESPONSABLE DE GRUPO

Ok

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	F32.MT1.PP Versión 1 Clasificación de la Información: Pública
		5/06/2026 Página 1 de 1

EAS o PCN: ASOCIACIÓN HCB PORFIA 3
NIT: 800.140.324-4 — NRO DE CONTRATO: [illegible]
MES: JULIO — AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI BIENESTAR
IDENTIFICACIÓN
Regional: META — Centro Zonal: UNO — Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): DORIS SANTIAGO CASTRO — CC: 26.546.894
Código CUÉNTAME UDS: 50001000102883
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS ANGELITOS 1
Dirección UDS: INDANA I CASA 25 VALLES DE ARAGÓN
Teléfono UDS: 3125068023
Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES — 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	TOTAL MENSUAL	TOTAL MENSUAL	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1.122.945.894	VICTORIA	SALOME	GARCIA	RODRIGUEZ		1				A				A				A						A					A			4	1	0	0
02	CC	1.119.893.817	LIZZETH	DAHIANA	BUILTRAGO	GARCIA	28	3				A				A				A						A					A			4	1	0	0
03	RC	1.118.887.488	LUIS	ANGEL	DAZA	VILLALOBOS		1				A				I				I						I					I			0	4	4	0
04	CC	1.121.946.882	ELIZABETH		YATE	BEDOYA	28							A		A				A						A					A			4	1	0	0
05	CC	1.121.905.898	LEIDY	VIVIANA	CRUZ	HERNANDEZ	31	1						A		A				\						\					\			1	1		0
06	RC	1.244.829.027	LUIS	FELIPE	BEJARANO	BOHORQUEZ		2						A		A				A						A					A			4	1	0	0
07	RC	1.122.945.775	MILA	ALEXANDRA	COLINA	GUTIERREZ		3								A				A						A				A	A			4	1	0	0
08	RC	1.069.898.613	LUZ	ADRIANA	CARDENAS	LEON	39	2								A				A						A				A	A			4	1	0	0
09	CC	1.125.003.509	CAMILA	ALEJANDRA	QUINTERO	PINZON	28	8									A				A	A				A					A			4	1	0	0
10	CC	1.121.873.469	LEYDI	JHOANA	HERNANDEZ	MENDOZA	35	3									A					I				\					\			1	0	0	0
11	CC	1.114.816.252	MARIA	ALEJANDRA	GUANGHA	BERNAL	26	8									A				A	A				A					A			4	1	0	0
12	CC	1.124.823.710	DANY	JULITH	ROJAS	BELTRAN	34										A				A	A				A					A			4	1	0	0
13	RC	1.122.944.525	LIAM	SANTIAGO	ZARATE	PORRAS		2									A					A				A		A			A			4	1	0	0
14	RC	1.123.825.882	MARTIN	JOSE	DOMINGUEZ	LAISECA		4									A					I				A				A	A			3	1	1	0
15	RC	1.244.828.991	FREDDY	KAEL	NOVOA	CSATRO		4									A					A				A		A			A			4	1	0	0
16	Sd		Valeria	Sofia	Gonzalez	Cruz																I				I					I			3			
17	RC	1244829120	Heilyn	Zamara	Bonilla	Hernandez																I				I		A						1			
18																																					
19																																					
20																																					
																																	TOTAL	49	13		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES A 2 AÑOS ATENDIDOS	8
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES A 2 AÑOS ATENDIDOS	0
	TOTAL MUJERES Y PERSONAS GESTANTES ATENDIDAS	7

COORDINADOR(A) UDS

Doris Santiago
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

OK

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	F32.MT1.PP | 05/09/2025 Versión 1 | Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

Hoja ___ de ___

[illegible] ___ [illegible]
[illegible] ___ [illegible]
MES ___ JULIO
MODALIDAD DE ATENCIÓN ___
SERVICIO DE ATENCIÓN ___

NÚMERO DE CONTRATO ___ [illegible]
AÑO ___ 2025
[illegible]
[illegible]

IDENTIFICACIÓN
Regional ___ META ___ Centro Zonal ___ UNO ___ Municipio ___ VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a) YEATH MARETH CORREA CC ___ [illegible]
Código CUENTAME UDS ___ [illegible] ___ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención ___ [illegible]
Dirección UDS ___ CALLE [illegible] ___ Teléfono UDS ___ [illegible]

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE		APELLIDOS DE PARTICIPANTE		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	1.121.990.916	LUNA	ANTHONELA	PALACIOS	BARRETO	[illegible]	[illegible]
02	PPT	32.401.660	DARIANNIS	GAUDIMAR	ARRIECHI	PEREZ	[illegible]	00
03	CC	1.029.360.008	VALERIA		PAEZ	MELO	[illegible]	00
04	PTT	918.232.009	BRALEIDY	YOLIANGELA	CEDEÑO	VALERO	[illegible]	00
05	CC	1.121.850.624	MARIA	TERESA	MARTINEZ		[illegible]	00
06	CC	1.121.838.156	GEYDI	LUCIA	CAMELO	GUTIERREZ	[illegible]	00
07	CC	1.121.904.037	TATIANA	VICTORIA	MEJIA	URREGO	[illegible]	00
08	CC	1.122.626.620	KELLY	JOHANNA	URREGO	ARENAS	[illegible]	[illegible]
09	CC	1.006.799.607	ASTRID	DAYANNA	MONCALEANO	RIOS	[illegible]	[illegible]
10	RC	1.122.544.346	MIA	ELENA	COBO	CUTIVA	[illegible]	[illegible]
11	RC	1.121.989.828	DOMINIC	DAVID	ROMERO	DELGADO	[illegible]	[illegible]
12	RC	1.121.988.960	NEIKER	JERONIMO	SANTANA	CRUZ	[illegible]	[illegible]
13	RC	1122544468	ALANA		FLOREZ	RIOS	[illegible]	[illegible]
14	RC	1121990261	DILAN	SANTIAGO	CARVAJAL	VELASQUEZ	[illegible]	[illegible]
15	RC	1122946765	AILANY	SAMARA	MORA	DELGADO	[illegible]	[illegible]
16	RC	1121991133	EMILY	VALERIA	PARRADO	MEJIA	00	60
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL	
	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		
01				A				A					A					A					A			4	1
02				A				A					A					A					A			4	1
03				A				A					A					A					A			4	1
04						A		A					A					A					A			4	1
05						A		A					A					A					A			4	1
06						A		A					A					A					A			4	1
07								A					/					/					/			1	0
08								A					A					A					A			4	1
09									A				A	A				A					A			4	1
10									A				A	A				A					A			4	1
11									A				A	A				A					A			4	1
12									A					A				A					A A			4	1
13									A					A				A					A A			4	1
14									A					A				A					A A			4	1
15									A					A				A A					A			4	1
16								/					A					A					A			3	0
17																											
18																											
19																											
20																											
TOTAL																										60	1

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS [illegible] ASISTENTES	3
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS [illegible] ASISTENTES	3
	TOTAL MUJERES Y PERSONAS GESTANTES ASISTENTES	9

COORDINADOR(A) UDS

[illegible] CORREA
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

[illegible]
Versión 1
[illegible]
Página 1 de 1
Clasificación de la información:
Pública

EAS o POS: ASOCIACION DE HCB FORPA 2
NIT: 800.143.122-8
NUMERO DE CONTRATO: 5000
MES: JULIO
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: MODALIDAD FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: UNO
Municipio: VILLAVICENCIO
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo(a): NIDIA CATALINA PUENTES PEÑA CC: 40185219
Código CUÉNTAME UDS: 5000100039780
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS HUELLAS
Dirección UDS: CALLE 29#45-17
Teléfono UDS: 3183452218

No.	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
									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					
01	RC	1122544411	ANTHONY	SMITH	PARRADO	FONSECA	0	8								A				A	A							A			A			4	1			
02	RC	1123825493	LIANNA	ISABELLA	NOVOA	RIVERA	0	8						A		A					I							I			I			1	1	3		
03	RC	1122544475	MAYKEL	ANDRES	FUENTES	ARIZA	0	4						A		A					A							A			A			4	1			
04	RC	1121990491	ALAN	MATIAS	BAQUERO	VALENCIA	0	4				A				A					I							I			I			1	1	3		
05	RC	1122945887	SARA	XIMENA	PERALES	GARZON	0	1								I				A	A							I			I			2	1	2		
06	RC	1121989432	MARIA	CHARLOTTE	TORRES	PARDO	0	8								A					A							I		A	I			2	1	2		
07	CC	1121943403	JUDITH	ELIZABETH	LEGUIZAMO	SOLER	29	3								A					A							A		A	A			4	1			
08	RC	1121990390	EVELEN	SAMANTHA	SUAREZ	CHACON	0	4						A			A					I						I			I			1	1	3		
09	RC	1121990307	YULIETH	BETHSABELL	ESPEJO	CRUZ	0	5									A			A		A						A			A			4	1			
10	RC	1121990942	AILEN	SOFIA	CARVAJAL	BARRERA	0	1				A					A					A						I			I			2	1	2		
11	RC	1121989650	ANGEL	GABRIEL	ROBLES	ACOSTA	0	8									A					I				A		I			I			1	1	3		
12	RC	1121989651	JUAN	SEBASTIAN	ROBLES	ACOSTA	0	8									A					I				A		I			I			1	1	3		
13	CC	1123160034	CAREN	DAYANA	BUITRAGO	MORALES	35	13									A					A				A		I			A			3	1	1		
14	CC	1121806235	ANGELICA	LORENA	ESTUPIÑAN	PEREZ	32	8									A					A						A		A	A			4	1			
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																	TOTAL	34	14	22		

[illegible]	[illegible]	6
	[illegible]	8
	[illegible]	3

COORDINADOR(A) UDS

Catalina Puentes Peña
RESPONSABLE DE GRUPO

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

OK

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F32.MT1.PP	[illegible]
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTE

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	TOTAL MENSUAL		
01	CC	1024718880	ANGIE	PAOLA	AGUDELO	MULANO	26	6	4	3	0
02	CC	1121907555	ANDREA	STEFANY	VALDERRAMA	PULIDO	32	4	3	3	3
03	CC	1122926606	DIANA	MARCELA	SANCHEZ	TOVAR	27	8	4	3	0
04	RC	1244623061	DIDIER	ESTIBEN	FLOREZ	CESPEDES		1	4	3	0
05	RC	1244628660	ERICK	MATIAS	GOMEZ	JIMENEZ		8	4	3	0
06	CC	1121886795	MAHIRA	SALOME	PEÑA	MANRIQUE		2	3	3	3
07	TI	1123619016	LIZETH	VALERIA	VARGAS	ROA	14	6	4	3	0
08	TI	1123522001	SHARIK	SOFIA	ALMANZA	SIERRA	15	1	4	3	0
09	CC	1052887371	MICHEL	ANDREA	MALDONADO	CACERES	20	6	4	3	0
10	CC	1000502116	KAROLL	JULIANA	CARDOZO	MORENO	22	5	3	3	3
11	RC	1123623460	ESTEBAN		BARRAGAN	PALACIOS		3	4	3	0
12	CC	1123960126	LAURA	CAMILA	BERNAL	PEÑA	27	2	3	3	3
13	CC	1121922476	DANIELA		RUIZ	CARVAJAL	30	2	3	3	3
14	CC	1121891860	ELIDDY		BARRERA	PULIDO	25	4	3	3	3
15	CC	1006503941	LAURA	ALEJANDRA	CUBIR	CARDONAS	30	6	4	3	0
16											
17											
18											
19											
20											
								TOTAL	54	45	21

TOTAL: 75

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 AÑOS ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES 5 AÑOS ASISTENTES	
TOTAL MUJERES Y PERSONAS GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F22.MT1.PP | [illegible]
Versión 1 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información:
Pública

Regional: META
Centro Zonal: [illegible]
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo: [illegible]
Nombre Unidad de Servicio / Unidad de Atención: [illegible]
Dirección UDS: CALLE [illegible]
Teléfono UDS: [illegible]
Modalidad de atención: FAMILIAR

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE		APELLIDOS DE PARTICIPANTE		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL				CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																														
01	CC	1.121.913.158	ANGIE	JASBLEIDI	GONZALEZ	BEDOYA	[illegible]	[illegible]				A				A				A						A					A			4	1	0	0	
02	CC	1.122.508.113	BREIDY	JULIETH	RAMIREZ	ESCOBAR	[illegible]	[illegible]								A				A	A					A					A			4	1	0	0	
03	CC	1.018.030.358	OBDULIA		GALINDO	GARCIA	[illegible]	[illegible]								A				A						A		A			A			4	1	0	0	
04	CC	1.006.819.908	MAYERLY	TATIANA	RODRIGUEZ	GOMEZ	[illegible]	[illegible]				A				A				A						A					A			4	1	0	0	
05	RC	1.234.798.862	ORLAY	GAEL	MARTINEZ	HERRERA	[illegible]	[illegible]				A				A				A						A					A			0	1	4	0	
06	RC	1.234.798.855	LIAM	SMITH	SOTO	DANIEL	[illegible]	[illegible]								A				A						A		A			A			4	1	0	0	
07	RC	1.244.828.068	BRIAN	ANDRES	GONZALEZ	MOLINA	[illegible]	[illegible]								A				A	A					A					A			4	1	0	0	
08	RC	1.121.890.862	MIA	SALOMÉ	GUAZA	BERTEL	[illegible]	[illegible]								A				A	A					A					A			4	1	0	0	
09	RC	1.234.798.850	GABRIELA		BELTRAN	HERNANDEZ	[illegible]	[illegible]						A			A					A				A					A			4	1	0	0	
10	RC	1.122.544.547	EMILIANO		URREA	MENDIETA	[illegible]	[illegible]									A					A				A				A	A			0	1	4	0	0
11	RC	1.234.798.832	ALARA	SOFIA	GODOÑO	ARIAS	[illegible]	[illegible]									A					A				A				A	A			4	1	0	0	
12	RC	1.234.790.478	JULIETHA		ARENAS	HERNANDEZ	[illegible]	[illegible]						A			A					A				A					A			4	1	0	0	
13	RC	1.234.798.467	THIAGO	GAEL	AREVALO	HERRERA	[illegible]	[illegible]						A			A					A				A					A			4	1	0	0	
14	RC	1.123.485.267	JUAN	PABLO	VASQUEZ	MUÑOZ	[illegible]	[illegible]									A					A				A		A			A			1	1	3	0	0
15	RC	1.121.966.835	ANGEL	JOEL	ROLDAN	MEZA	[illegible]	[illegible]									A					A				A				A	A			4	1	0	0	
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																	TOTAL	49	15	11	0	

Verificación de Cobertura		
	[illegible]	8
	[illegible]	3
	[illegible]	4

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE [illegible]

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

OK

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	[illegible] Versión 1 Página 1 de 1 Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: ASOCIACION DE HOGARES [illegible]
NIT: [illegible]
NUMERO DE CONTRATO: [illegible]
MES: JULIO
AÑO: [illegible]
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: VILLAVICENCIO UNO
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): YELITZA CALDERON ZARATE
CC: [illegible]
Código CUENTAME UDS: [illegible]
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: MIS PRIMEROS PASITOS
Dirección UDS: [illegible] LA ROCHELA
Teléfono UDS: [illegible]
Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN MENSUAL DEL PARTICIPANTE — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

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				CAUSA DE RETIRO
									LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE	LUN	MAR	MIE	JUE	VIE					
01	CC	1.006.828.465	NAHOMY	JULIETH	ARBOLEDA	RODRIGUEZ	[illegible]	[illegible]								A				A	A					A					A			4	1			
02	TI	1.122.521.891	SARA	NAYELI	OSPINA	TORRES	[illegible]	[illegible]				A				A					A					A					A			4	1			
03	CC	1.120.353.145	LIGIA		SANCHEZ	GOMEZ	[illegible]	[illegible]				A				A					A					A					I			3	1	1		
04	CC	1.117.813.787	ANGIE	TATIANA	PARRA	HERRERA	[illegible]	[illegible]								A				A	A					A					A			4	1			
05	PPT	1.108.343	YERSY	COROMOTO	CARVAJAL	GARCIA	[illegible]	[illegible]				A				A					A					A					A			4	1			
06	CC	1.121.197.380	SHIRLE	YINETH	ARBELAEZ	MARIN	[illegible]	[illegible]							A	I					A					A					I			2	1	2		
07	CC	1.060.236.522	LUISA	FERNANDA	ACOSTA	PINZON	[illegible]	[illegible]							A	A					1					A					I			2	1	2		
08	CC	1.125.466.216	MERCY	PAOLA	GARCIA	MEJIA	[illegible]	[illegible]								I				A	I					I					I			0	1	4		
09	RC	1.123.825.939	AILYN	SOFIA	ARIZA	ACOSTA	[illegible]	[illegible]							A		A					A				A					A			4	1			
10	RC	1.234.796.570	ANAMARIA		BARRANCO	SOTELO	[illegible]	[illegible]									A					A				A	A				I			3	1	1		
11	RC	1.234.796.545	AILANY	JULIETA	SEGURA	HUERTOS	[illegible]	[illegible]								A						A				A	A				I			3	1	1		
12	RC	1.234.796.497	ALANNA	ELIZABETH	OSORIO	QUIROGA	[illegible]	[illegible]									A					A				A	A				A			4	1			
13	RC	1.234.796.465	ANGELY	ADHARA	CRUZ	CUESTA	[illegible]	[illegible]									A					A				A				A	A			4	1			
14	RC	1.029.972.190	ANTONELLA	CELESTE	SOLANO	GARZON	[illegible]	[illegible]									I					A				A				A	A			3	1	1		
15	RC	1.121.988.468	EMMA	VICTORIA	GARCIA	CASARIQUE	[illegible]	[illegible]									A					A				A				A	A			4	1			
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																	TOTAL		48	15	12		

Verificación De Cobertura	[illegible]	5
	[illegible]	2
	[illegible]	8

COORDINADOR(A) UDS

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F32.MT1.PP | 5/06/2026
Versión 1 | Página 1 de 1
Clasificación de la información:
Pública

EAS o PDS: ASOCIACIÓN HCB PORTAL 2
NIT: [illegible]
NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]
MES: JULIO
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI BIENESTAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: UNO
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ERIKA FERNANDA YATE [illegible]
CC: [illegible]
Código CUENTAME UDS: [illegible]
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMEROS PASOS
Dirección UDS: CRR 12 N° 8-16 VILLA MELIDA
Teléfono UDS: [illegible]
Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE		APELLIDOS DE PARTICIPANTE		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	C.C	1.085.834.400	YEIDE	YULIANA	GOMEZ	MARTINEZ	34	
02	C.C	1.121.911.962	MARTHA	YELIXA	VIGOTT	PEREZ	32	
03	C.C	1.008.858.295	KAREN	DAYANA	BETANCOURT	ALMANZA	23	
04	C.C	1.123.432.295	STEFANY		PAEZ	VARGAS	21	
05	P.T	6.047.364	BARBARA	MIJAL	ALVARADO	MONTAÑA	15	
06	C.C	1.121.936.979	CARMEN	JOHANA	HENAO	CAICEDO	20	
07	C.C	1.090.479.512	DEILYTH	MILADY	LOPEZ	IBAÑEZ	31	
08	C.C	1.123.115.087	ANA	YEIMY	CRUZ		32	
09	R.C	1.121.990.801	AXEL	ELIANS	TOVAR	RODRIGUEZ		2
10	R.C	1.121.990.718	MAIA	GUADALUPE	ORTIZ			1
11	R.C	1.244.829.022	MIA	ISABEL	ARRIETA	HERNANDEZ		1
12	R.C	1.121.990.203	LIAM	SANTIAGO	LADINO	BARRERA		5
13	R.C	1.122.544.352	MARIA	JOSE	SEPULVEDA	CRUZ		7
14	R.C	1.121.989.712	AILANY		RESTREPO	OSPINA		7
15	R.C	1.203.258.136	ITZEL	SAMANTHA	MOSQUERA	AYALA		7
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

PRIMERA

No. de Orden	LUNES E Grupal	LUNES E Hogar	MARTES E Grupal	MARTES E Hogar	MIÉRCOLES E Grupal	MIÉRCOLES E Hogar	JUEVES E Grupal	JUEVES E Hogar	VIERNES E Grupal	VIERNES E Hogar
01										
02										
03										
04										
05										
06								A		
07								A		
08								A		
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

SEGUNDA

No. de Orden	LUNES E Grupal	LUNES E Hogar	MARTES E Grupal	MARTES E Hogar	MIÉRCOLES E Grupal	MIÉRCOLES E Hogar	JUEVES E Grupal	JUEVES E Hogar	VIERNES E Grupal	VIERNES E Hogar
01					A					
02		A			A					
03					A					
04					A					
05		A			A					
06					A					
07					A					
08					A					
09							A			
10							A			
11							A			
12							I			
13							A			
14							A			
15		A					I			
16										
17										
18										
19										
20										

TERCERA

No. de Orden	LUNES E Grupal	LUNES E Hogar	MARTES E Grupal	MARTES E Hogar	MIÉRCOLES E Grupal	MIÉRCOLES E Hogar	JUEVES E Grupal	JUEVES E Hogar	VIERNES E Grupal	VIERNES E Hogar
01					A					
02					A					
03					I					
04					I					
05					A					
06					A					
07					A					
08					A					
09				A			A			
10				A			I			
11							I			
12							I			
13							I			
14				A			A			
15							I			
16										
17										
18										
19										
20										

CUARTA

No. de Orden	LUNES E Grupal	LUNES E Hogar	MARTES E Grupal	MARTES E Hogar	MIÉRCOLES E Grupal	MIÉRCOLES E Hogar	JUEVES E Grupal	JUEVES E Hogar	VIERNES E Grupal	VIERNES E Hogar
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

QUINTA

No. de Orden	LUNES E Grupal	LUNES E Hogar	MARTES E Grupal	MARTES E Hogar	MIÉRCOLES E Grupal	MIÉRCOLES E Hogar	JUEVES E Grupal	JUEVES E Hogar	VIERNES E Grupal	VIERNES E Hogar
01										
02										
03										
04										
05										
06										
07										
08										
09										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

TOTAL MENSUAL

No. de Orden	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	FECHA DE RETIRO
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
TOTAL					

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES A [illegible] ASISTENTES	
TOTAL MUJERES Y PERSONAS GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

[illegible]

[illegible]

16/7/26
9:45am

OK

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	F32.MT1.PP — Versión 1 — 5/06/2024 — Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS: ASOCIACION HCB [illegible]

NIT: [illegible] NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]

MES: JULIO AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI [illegible]

IDENTIFICACIÓN

Regional: META Centro Zonal: [illegible]

Nombre Agente Educativo (a): ERIKA FERNANDA YATE ESGUERRA CC: [illegible]

Código CUÉNTAME UDS: [illegible]

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS PRIMEROS PASOS

Dirección UDS: CRR 12 N° 3-16 VILLA MELIDA Teléfono UDS: [illegible]

Municipio: VILLAVICENCIO

Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DE PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DE PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DE PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	C.C	1.055.834.400	YEIDE	YULIANA	GOMEZ	MARTINEZ	34	
02	C.C	1.121.911.962	MARTHA	YELIXA	VIGOTT	PEREZ	32	
03	C.C	1.006.859.296	KAREN	DAYANA	BETANCOURT	ALMANZA	23	
04	C.C	1.123.402.296	STEFANY		PAEZ	VARGAS	21	
05	P.T	6.047.094	BARBARA	MIJAL	ALVARADO	MONTAÑA	11	
06	C.C	1.121.936.579	CARMEN	JOHANA	HENAO	CAICEDO	25	
07	C.C	1.090.478.512	DEILYTH	MILADY	LOPEZ	IBAÑEZ	31	
08	C.C	1.123.115.067	ANA	YEIMY	CRUZ		32	
09	R.C	1.121.960.401	AXEL	ELIANS	TOVAR	RODRIGUEZ		2
10	R.C	1.121.990.718	MAIA	GUADALUPE	ORTIZ			1
11	R.C	1.244.829.022	MIA	ISABEL	ARRIETA	HERNANDEZ		1
12	R.C	1.121.990.200	LIAM	SANTIAGO	LADINO	BARRERA		5
13	R.C	1.122.544.352	MARIA	JOSE	SEPULVEDA	CRUZ		7
14	R.C	1.121.969.712	AILANY		RESTREPO	OSPINA		7
15	R.C	1.253.258.136	ITZEL	SAMANTHA	MOSQUERA	AYALA		7
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA										SEGUNDA									
	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES	
	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar
01															A					
02												A			A					
03															A					
04															A					
05												A			A					
06								A							A					
07								A							A					
08								A							A					
09																	A			
10																	A			
11																	A			
12																	I			
13																	A			
14																	A			
15												A					I			
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

No. de Orden	TERCERA										CUARTA									
	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES	
	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar
01					A										I					
02					A										A					
03					I										A					
04					I										I					
05					A										A					
06					A										I					
07					A										A					
08					A										A					
09				A			A								I					
10				A			I								A					
11							I								A					A
12							I								I					A
13							I								A					A
14				A			A								A					
15							I								A					
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

No. de Orden	QUINTA										TOTAL MENSUAL				CAUSA DE RETIRO
	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar	E Grupal	E Hogar					
01				A	A						3	1	1	0	
02					I						3	1	1	0	
03				A	A						3	1	1	0	
04				A	I						1	1	3	0	
05					A						4	1	0	0	
06					A						3	1	1	0	
07					I						3	1	1	0	
08					A						4	1	0	0	
09					A						3	1	1	0	
10					A						3	1	1	0	
11					A						3	1	1	0	
12					I						0	1	4	0	
13					I						2	1	2	0	
14					A						4	1	0	0	
15					A						1	1	2	0	
16															
17															
18															
19															
20															
TOTAL											[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	4
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	3
	TOTAL MUJERES Y PERSONAS GESTANTES ASISTENTES	8

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

[illegible]

[illegible]

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la información:
Pública

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: UNO
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo: MARIA FERNANDA PARDO
Nombre Unidad de Servicio: PRIMEROS PASOS UNO
Modalidad de atención: FAMILIAR

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	CUARTA (MIÉRCOLES)	QUINTA (MARTES)	QUINTA (MIÉRCOLES)	[redacted]			CAUSA DE RETIRO
01	CC	1.120.572.401	YESSICA	YULIE	MORENO	GONZALEZ	34		I	A		1	0	1	
02	CC	1.121.896.941	LILIANA		VELASQUEZ	PEÑA	33		A A	I		1	1	1	
03	CC	1.034.658.162	YULIETH	XIMENA	LLANRES	QUITERREZ	21		A A	I		1	1	1	
04	CC	1.105.305.118	SHIRLEY	SOFIA	NAVARRO	TORO	18		A	A		2	0	0	
05	CC	1.003.565.689	YENIFER	ALEJANDRA	OVALLE	JULIO	24		A A	A		1	1	0	
06	CC	1.121.912.023	ISLENA		QUIÑONEZ	MOSQUERA	31		A	A		2	0	0	
07	RC	1.123.825.965	MAILEN	ALAHIA	BUITRAGO	GALINDO		2	A	A	A	2	1	0	
08	RC	1.123.826.062	EIDHAN	ZAEL	TORRES	JARAMILLO		1	A	A	A	2	1	0	
09	RC	1.234.796.585	GAEL	STIVEN	PEREZ	SALINAS		3	A	A	A	2	1	0	
10	RC	1.122.544.405	KALETH	STIVEN	CASTAÑEDA	SANCHEZ		5	I	A		1	0	1	
11	RC	1.122.945.797	ASHLEY	DAHILANY	OJEDA	RETAVISCA		4	A	A		2	0	0	
12	RC	1.121.990.099	LEIDY	SOFIA	SABOGAL	SAENZ		4	A	A		2	0	0	
13	RC	1.234.796.494	MARELIN	ZAMARA	HERRERA	SOSA		5	A	I		1	0	1	
14	RC	1.121.989.745	EIMY	VICTORIA	PABON	CRUZ		6	I	A		1	0	1	
15															
16															
17															
18															
19															
20															
											TOTAL	22	6	6	

[redacted]

07
01
06

COORDINADOR(A) UDS

Maria Pardo.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIODICA

Versión 1

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Regional: META

Municipio: VILLAVICENCIO

INFORMACIÓN PERSONAL DE PARTICIPANTES

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS: PRIMERA · SEGUNDA · TERCERA · CUARTA · QUINTA

TOTAL MENSUAL

No.	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	TOTAL MENSUAL		
1	CC	1121825935	ZAWHA	CAMILA	CONTA	PERILLA	21	8	4	1	
2	C.C	1153583098	ANGIE	MICHEL	SASTOQUE	PARDO	24	8	4	1	2
3	CC	1121965940	HERMINIA		RODRIGUEZ	MOSQUERA	27	1	4	1	
4	CC	1121942109	TANIA	MARIXA	MORA	CIFUENTES	29	6	4	1	
5	CC	1121935598	YULIE	KATHERINE	DIAZ	FALLA	30	2	2	1	2
6	CC	1122815779	JULIETH	PAOLA	AGUJA	TABIMBA	32	5	2	1	2
7	RC	1121991024	JUAN	ESTEBAN	GUTIERREZ	DIAZ		1	2	1	2
8	RC	1029972314	CRISTAL	ALEJANDRA	MORENO	URDANETA		1	4	1	
9	RC	1122945985	ALAIA	CATALEYA	RUIZ	MONTENEGRO		1	4	1	
10	RC	1253299339	ADHARA	SOFIA	MONTOYA	GUERRERO		2	4	1	
11	RC	1122544548	ANDRY	DARECK	AVILA	RIVEROS		3	4	1	
12	RC	1121990615	EVER	AMIR	RAMOS	MUÑOZ		3	4	1	
13	RC	1121990500	LOAN	MANUEL	SUAREZ	DULCEY		3	4	1	
14	RC	1123455380	BRIANS	SNEIDER	GONZALEZ	CALDERON		4	4	1	
15	RC	1121996247	DANNA	SOFIA	ESPINOSA	CABANERIO		4	4	1	
16											
17											
18											
19											
20											
								TOTAL	54	15	8

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

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

	PROCESO **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	**F32.MT1.PP**	[illegible]
		Versión 1	**Página 1 de 1**
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	**Clasificación de la información:** **Pública**	

[illegible] ____

NIT: [illegible] ____ NUMERO DE CONTRATO: [illegible]

MES: __ JULIO AÑO: __ 20[illegible] ____

MODALIDAD DE ATCN: FAMILIAR/COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: [illegible]

IDENTIFICACIÓN

Regional: ____ Centro Zonal: __ 1 Barrio: ____ Hoja __ de __

Nombre Agente Educativo (a): __ DIANA MARCELA VARGAS CC: [illegible]

Código CUENTAME UDS: ____ [illegible]

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: [illegible] ____

Dirección UDS: CALLE 18 [illegible] VILLA ORTIZ Teléfono UDS: [illegible]

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES — **CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA**

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE		APELLIDOS DE PARTICIPANTE		EDAD		SEMANAS PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL				CAUSA DE RETIRO
			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					
01	R.C	1121990877	THALIANA	VICTORIA	MORENO	RUIZ							A			A					A					A					I			3	1	1		
02	R.C	1122544423	EIMY	LUCIANA	PERDOMO	CAÑIZARES							A			I					A					A					I			2	1	2		
03	R.C	1123455383	EITHAN	SANTIAGO	JIMENES	QUINTERO							A			I					A					A					I			2	1	2		
04	R.C	1122546030	AXEL	KALETH	NUÑEZ	ROMERO										I					I					I		A			I			0	1	4		
05	R.C	1123455402	EITHAN	ANDRES	HERNANDEZ	RODRIGUEZ										A					A					A		A			I			3	1	1		
06	R.C	1121990904	WHITE	SHMUEL	ACERO	ORTEGA										A					A					A					I			3	0	1		
07	R.C	1121990689	THALIANA		PARDO	TUNJANO										A				A	A					A					A			4	1	0		
08	R.C	1122546012	MARIA	ALEJANDRA	TORO	MUÑOZ										I				A	I					I					I			0	1	4		
09	R.C	1234798838	VALERY	SARAY	SIERRA	CESPEDES											I			A		I				I					I			0	1	4		
10	C.C	1121958434	ANYI	KATERINE	TORRES	CARTAGENA								A			A					I				I					I			1	0	3		
11	C.C	1120380548	DORIS	ADRIANA	[illegible]	BETANCUR								A			A					I				I					I			1	1	3		
12	C.C	1234790755	MARIA	ALEJANDRA	ROJAS	LONDOÑO											A					A				A					I			3	0	1		
13	C.C	1121958177	ANGIE	PAOLA	BUITRAGO	ALVAREZ								A			A					I				I					I			1	1	3		
14	C.C	1123463171	CLAUDIA	PATRICIA	CARRILLO	SANCHEZ											I					I				I					I			0	0	4		
15	c.c	[illegible]	YUDITH	MARIA	BONETT	CASTRO											A					A				A					A			4	0	0		
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																	TOTAL	22	10	32		

Verificación De Cobertura	[illegible]	
	[illegible]	
	[illegible]	

____ COORDINADOR(A) UDS

Diana Vargas
____ RESPONSABLE DEL GRUPO

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

[illegible]

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F32.MT1.PP	[illegible]
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

MES ___ JULIO
2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN 4 6 4 1 4 2 7 7
Centro Zonal ___ UNO
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ___ MARIA NOHORA RIVEROS GOMEZ CC ___ 40 4 1 4 2 7 7
Nombre Unidad de Servicio Unidad de Atención ________ RENACER
Código CUENTAME UDS ______ [illegible]
Dirección UDS ____________ [illegible]
Teléfono UDS 3 1 3 4 6 2 3 8 6 1

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DE PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DE PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DE PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	PRIMERA L	PRIMERA M	PRIMERA MI	PRIMERA J	PRIMERA V	SEGUNDA L	SEGUNDA M	SEGUNDA MI	SEGUNDA J	SEGUNDA V	TERCERA L	TERCERA M	TERCERA MI	TERCERA J	TERCERA V	CUARTA L	CUARTA M	CUARTA MI	CUARTA J	CUARTA V	QUINTA L	QUINTA M	QUINTA MI	QUINTA J	QUINTA V	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1.122.544.393	LIAN	STIVEN	YEPES	YANGUMA		5								A				A		A			A						A			4	1			
02	RC	1123825797	EMILY	ADHARA	IREGUI	QUICENO		3				A				A				A					A						I			3	1	1		
03	RC	1122945819	LUIS	NOAH	CIFUENTES	VILLAQUIRAN		3						A		A				A					A						A			4	2			
04	RC	1121990375	EAN	AZIEL	BRICEÑO	CHIQUIZA		3								A				A		A			A						I			3	1	1		
05	RC	1244529023	FABER	EMILIO	NUÑEZ	AVILA		3				A				A				A					A						A			4	1			
06	RC	1121990173	HAYLEEN	ELIANA	VIGOYA	TARRES		4				A				A				A					A						A			4	1			
07	RC	1122945875	JLEXI	GAEL	RUBIANO	PAEZ		2								A				A					A			A			A			4	1			
08	RC	1244829051	AUSTIN	MATHIAS	RAMIREZ	SOLORZANO		2								A				A					A					A	A			4	1			
09	CC	1006799093	NICOL	VALENTINA	ACEVEDO	BAQUERO	23	3						A			I				A				A						A			3	1	1		
10	CC	1024469366	LEIDY	VIVIANA	PEDRAZA	PATINO	39	6									A				A				A			A			A			4	1			
11	CC	1121950428	LAURA	DANIELA	HINCAPIE	MARTINEZ	28	6									A				A				A					A	I			3	1	1		
12	CC	1006865714	NUBIA		LOZANO	PAVA	25	4						A			A				I				A						I			2	1	2		
13	cc	1121868133	YESENIA		CAMACHO	CRUZ	35	9									A				A				A			A			A			4	1			
14	cc	1121941812	DIANA	PAOLA	VARGAS	MORERA	29	5									A				A	A			A					A	A			4	1			
15	cc	1123430405	BRILLLY	YULIANA	CRUZ	CORTES	23	6									I				I				A						I			1	1	3		
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																		TOTAL	51	15	9		

[illegible]	8
[illegible]	0
[illegible]	7.

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

OK

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA	F32.MT1.PP Versión 1 Clasificación de la Información: Pública
		5/06/2025 Página 1 de 1

EAS o PDA: ASOCIACIÓN HCB PUERTA 2
NIT: [illegible]
NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]
MES: JULIO
AÑO: [illegible]
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB FAMI [illegible]

IDENTIFICACIÓN
Regional: META
Centro Zonal: [illegible]
Municipio: VILLAVICENCIO
Nombre Agente Educativo (a): ANA YEIMY CRUZ
CC: [illegible]
Código CUÉNTAME UDS: 5000100000478
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: SEMILLITAS
Dirección UDS: MZ [illegible] BETTY CAMACHO
Teléfono UDS: [illegible]
Hoja 1 de 1

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES — 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			
01	T.I	1115946736	NAISLY	DAYANA	PERDOM	LORA	13									A				I						I		A			I			1	1	2	0
02	C.C	1233907277	LADY	CATERINE	CASALLAS	NIETO	29					A				A				A						A					I			3	1	1	0
03	RC	1 123 505 192	JUAN	DANIEL	MARRUGO	HENAO		1								I				I						I				A	A			1	1	3	0
04	RC	1 121 995 948	EMMANUEL	DAMIAN	PEREZ	OBOSRIO		1								A				I						A				A	A			3	1	1	0
05	T.I	1122619777	WENDY	YERALDINE	QUINTERO	VELAZQUEZ	17									I				I						I		A			I			0	1	4	0
06	C.C	1193117728	NAYELI		MENDOZA	GARCIA	24									A				A						A		A			I			3	1	1	0
07	RC	1 244 829 394	DANYERSON	ALEXANDER	SANCHEZ	GARCIA		1								A				A		A				I					A			3	1	1	0
08	CC	1006774987	NATALIHA	FAZULY	PEÑA	LINARES	23					A				A				A						A					A			4	1	0	0
09	RC	1121990484	AYLIN	VALERIA	ORTIZ	BELTRAN		4				A					A				A					A					A			4	1	0	0
10	RC	1121990486	ALANA	ISABELL	APARICIO	GAVIRIA		4						A			A				I					A					I			2	1	2	0
11	RC	1244829000	LIAM	SAMUEL	HERNANDEZ	LEON		4						A			A				I					A					A			3	1	1	0
12	RC	1121989939	ALEJA	ISABELLA	PARRA	RUEDA		5									A				I	A				A					A			3	1	1	0
13	RC	1121986745	AUSTIN	SMITH	OCHOA	BRAVO		7									A				A	A				A					A			4	1	0	0
14	RC	1122945927	ANDRES	STIVEN	DIAZ	CRUZ		4						A			A				A					A					A			4	1	0	0
15	RC	1121990548	MARCOS	EMMANUEL	BAREÑO	MALDONADO		4									A				A					A				A	A			4	1	0	0
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

TOTAL [illegible] 10

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

COORDINADOR(A) UDS

Ana Yeimy cruz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

[illegible]

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

[illegible]	[illegible]
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública	

[illegible]
NIT: [illegible] NÚMERO DE CONTRATO: ____________
MES: _JULIO_______ AÑO: _2025_____
MODALIDAD DE ATENCIÓN: _FAMILIAR__________
SERVICIO DE ATENCIÓN: _FAMI [illegible]

IDENTIFICACIÓN: C.C
Regional: __META__________ Centro Zonal: __UNO__________ Municipio: _VILLAVICENCIO__________
Nombre Agente Educativo (a): __SORANLLY CORREA RODRIGUEZ______ CC_121.[illegible]__________
Código CUENTAME UDS: _[illegible]__________ Nombre Unidad de Servicio Unidad de Atención: _SUEÑOS INFANTILES__________
Dirección UDS: _MZ 54 CS 27 LA MADRID ET 2_ Teléfono UDS: _[illegible]__________
Hoja _1_ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

N. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE		APELLIDOS DE PARTICIPANTE		EDAD		SEMANAS																									[illegible]				CAUSA DE RETIRO
			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					
01	C.C	1022982082	PAULA	ANDREA	LOPEZ	PATIÑO	33					A				A					A					A					A			4	1			
02	R.C	1123825582	EMMA	LUCIANA	BALETT	SABOGAL		6				A				A					A					I					A			3	1			
03	R.C	1123826149	JOEL	✓ ISAAC	OSORIO	MAHECHA	0	6				A				A					A					I					A			3	1	1		
04	C.C	1006823479	DERLY	SORANY	PINZON	LESMES	24							A		A					A					I					A			3	1	1		
05	C.C	1006783259	KAREN	JULIETH	PEÑARADA	PORRAS	24							A		A					A					I					A			3	1	1		
06	C.C	1006858100	LAUREN	DANIELA	CASTRO	BARRERA	24							A		A					A					A					A			4	1			
07	C.C	1121850955	LUISA	FERNANDA	ROJAS	MOLINA	19									A				A		A				A					A			4	1			
08	R.C	1121990817	MARIA	✓ ANTONELLA	MARTINEZ	BEJARANO	0	3									A			A		A				A					A			4	1			
09	C.C	1193034424	TATIANA		DUCUARA	PARRAS	28										A			A		A				A					A			4	1			
10	R.C	1121989692	IAN	MAEL	MEJÍA	VILORIA		6									A					A				A	A				A			4	1			
11	C.C	1122924278	LAURA	SOFIA	MACHADO	LOAIZA	18										A					A				A	A				A			4	1			
12	C.C	1234788856	ANGIE	PAOLA	GARZON	LUGO	29										A					A				A	A			A				4	1			
13	A.N		JONATHAN	✓ DAMIAN	OSORIO	SANCHEZ	0	6									A					A				A			A	A				4	1			
14	C.C	1122919286	MONICA	ANDREA	TORRES	LOPEZ	28										A					A				A			A	A				4	1			
15	R.C	1234796446	LIA ALAHIA	MARINA	MENESES	NARVAEZ		6									A					A				A			A	A				4	1			
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																	TOTAL	5	15	3		

[illegible]

COORDINADOR(A) UDS

Soranllz Correa R.

RESPONSABLE DE GRUPO

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

[illegible]

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL SERVICIOS DE ATENCIÓN PERIÓDICA

F32.MT1.PP | [illegible]
Versión 1 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

EAS o PDS ___ [illegible]
NIT ___ [illegible] — NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]
MES ___ JULIO — AÑO: [illegible]
MODALIDAD DE ATENCIÓN ___ FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN ___ [illegible]

IDENTIFICACIÓN
Regional META — Centro Zonal ___ VILLAVICENCIO UNO — Municipio ___ VILLAVICENCIO — Hoja _1_ 1
Nombre Agente Educativo (a) LUZ ADRIANA ARENAS QUINTERO CC ___ [illegible]
Código CUENTAME UDS ___ [illegible] — Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención ___ [illegible]
Dirección UDS CALLE 20C # 22 24 — Teléfono UDS ___ [illegible]

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DE PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DE PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DE PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DE PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	R.C	1.122.948.213	MARIA	LUCIA	VELASQUEZ	MORENO	4	3
02	CC	1121146138	KAREN	LORENA	SANCHEZ	MENDEZ	20	10
03	R.C	1.123.459.386	EIMY	ANTONELLA	HERNANDEZ	CALDERON	4	4
04	CC	1.006.856.048	ANA	VICTORIA	MURCIA	VALENCIA	4	4
05	R.C	1.121.989.113	DAILANY		GUZMAN	CASTAÑO	21	8
06	R.C	1.121.990.121	EMMA	VICTORIA	CAÑON	ZARTA	4	3
07	R.C	1.122.544.983	KYLIAN	NOVAK	GAONA	CASTAÑEDA	5	1
08	T.I	1.051.669.204	MARIA	FERNANDA	PONTON	SAENZ	16	10
09	R.C	1.121.989.098	JENNIFER		ORTEGA	PARRA	22	11
10	CC	1121830783	GYNA	PAOLA	TRUJILLO	SUAREZ	21	6
11	CC	1.128.904.258	MARIA	JOSE	PIÑEROS	ECHEVERRI	21	8
12	R.C	1.123.825.668	EMMA	SOFIA	VIGOYA	GOMEZ	4	3
13	R.C	1.121.990.128	THIAGO	ALEXANDER	PULIDO	GUTIERREZ	4	2
14	CC	1.122.925.200	LAURA	SOFIA	DUEÑAS	ZULETA	18	4
15	CC	1.000.692.097	DANNA	MICHEL	NIETO	MORALES	20	7
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS (E. Grupal / E. Hogar)

No. de Orden	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 E. GRUPALES	ASISTENCIAS E. HOGAR	INASISTENCIAS E. GRUPALES	INASISTENCIAS E. HOGAR	CAUSA DE RETIRO
01				A				A					I					I				I				1	1	3		
02						A			A					A				A				A				4	1	0		
03									A			A		A				A				A				4	1	0		
04									A			A		A				A	A			A				4	1	0		
05								A				A	A					A				A				4	1	0		
06								A					A					A	A			A				4	1	0		
07				A				A					I					A				A				3	1	1		
08								A					A					A				I	A			3	1	1		
09						A			A					A				A				A				4	1	0		
10						A			A					A				A				A				4	1	0		
11								A				A	I					I				I				1	1	3		
12								A					A					A	A			A				4	1	0		
13				A					A					A				A				A				4	1	0		
14									A					A				A				A	A			4	1	0		
15									A					A				A				A	A			4	1	0		
16																														
17																														
18																														
19																														
20																														
TOTAL																										52	15	8		

Verificación De Cobertura
[redacted]

COORDINADOR(A) UDS

Luz Adriana Arenas G.
RESPONSABLE DE GRUPO

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