BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/26
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Jennyffer Angulo CC: 1111544164
Código CUENTAME UDS: 7601090001565 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Buenos Pastos
Dirección UDS: Cra 22 #000 Teléfono UDS: 3188323031
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1067717301	Dhon	Deiby	Mosquera	Mentado	07	08	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1111930106	Nyan	Yorel	Mosquera	Mentado	7	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RC	1150955091	Luz	Celeste	Velez	Rivera	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E	22		
04	RC	1150955045	Miguel	Angel	Velez	Hinestroza	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A C	22		
05	RC	1150955800	Githan	Mosquera	Angulo	Palacios	7	13	A A A A A A A A A A A A A A A A A A O	22		
06	RC	1118929781	Alan	Jair	Hurtado	Bonilla	2	08	A A A A A A A A A A A A A A A A A A N	22		
07	RC	1150956713	Liam	Daniel	Mosquera	Marcos	2	17	A A A A A A A A A A A A A A A A A A P	22		
08	RC	1150956804	Daniel	Stiven	Saucedo	Osorio	1	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A E	22		
09	RC	1110385?	Antonella		Palacios	Tenorio	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A T	22		
10	RC	1235146173	Jeniffer	Alexis	Quinonez	Cubillos	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A O	22		
11	RC	1100578674	Kenny	Beth	Bonilla	Restrepo	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A R	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11 niños
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Luz Gaviria
COORDINADOR(A) UDS

Jennyffer Angulo
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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la información: Pública

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Clarena IA
Código CUENTAME UDS: 76109000 57778
Dirección UDS: Zacarias Rio D.
Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
CC 66743935
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los traviesos
Teléfono UDS: 3206639119
Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111929811	Jade	Mariem	cuero	Tabares	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R	A A A	22		
02	RC	1111929810	Isa	Mariam	cuero	Tabares	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A G	A A A	22		
03	RC	1109580116	Briam	Alexis	Garces	Renteria	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A F	A A A	22		
04	RC	1109580117	Noah	Alexis	Garces	Renteria	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A L	A A A	22		
05	RC	1196716546	Nella	Isabel	Quiros	Rivas	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A C	A A A	22		
06	RC	1150955112	Ftzel	Yavely	Hinestroz	Valencia	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A X	A A A	22		
07	RC	1235146285	Thiago	Izan	Mina	Longa	4	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A I	A A A	22		
08	RC	1235147261	Lahiam	Andres	Delgado	Angulo	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A O	A A A	22		
09	RC	1196716509	Jose	Wilmar	Delgado	Angulo	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A N	A A A	22		
10									P				
11									D				
12									G				
13									G				
14									C				
15									A				
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL			

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	9
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Clarena Aragón
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

Powered by CamScanner

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	8/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE DEL CAUCA — Centro Zonal: BUENAVENTURA — Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): SANDRA ISBELA ESTUPIÑAN CANTERO — CC: 38489084

Código CUENTAME UDS: 7.9.08.E.11 — 26109000 5762 5 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención UDS: MELLIZOS

Dirección UDS: KR 69 19-19 LA FLORESTA — Teléfono UDS: 3027157057

Hoja ___ de ___

REGISTRO MENSUAL DE PARTICIPANTES

No. de Fila	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
1	CC	1116088[illegible]	ESTHAN	DAVID	CONGO	JARAMILLO	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22		
2	CC	1116088[illegible]	THIAGO		CARABALI	HURTADO	1	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22		
3	CC	1116088[illegible]	JULIAN	DAVID	BALAZAR	MINA	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22		
4	CC	1116088[illegible]			AMAYA	JIMENEZ	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22		
5	CC	1116088[illegible]			LA CRUZ	RAMOS	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22		
6	CC	1116088[illegible]	LORENA		BALCERO	BUENAVENTURA	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22		
7	CC	1116088[illegible]	ANGEL	DAVID	ESTUPIÑAN	QUIÑONEZ	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22		
8	CC	1116088[illegible]	DAVID		LOZANO	JARAMILLO	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22		
9	CC	1116088[illegible]			PORTOCARRERO	RAMIREZ	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22		
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
21																																			

TOTAL

Verificación de Asistencia		
	TOTAL NIÑOS / NIÑAS MENORES DE EDAD ASISTENTES	
	TOTAL NIÑOS / NIÑAS MENORES DE EDAD AUSENTES	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :**FUNDACION FUNDACOBA**
NIT: 805023177-4
MES: Sept
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR Y COMUNITARIA**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB**

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Yarlin Yanguillo
Código CUENTAME-UDS: 76001900073877
Dirección UDS: Cra 56 # Calle Colon
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC: 31586086
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Carrusel
Teléfono UDS: 3187745822
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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		1.111979321	Noah	Sebastian	Tobar	Castro			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
02		1.111467899	Ibram	Gael	Cambaa	Diaz			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
03		1.111929058	Emily	Samanta	Barana	Angulo			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
04		1.150956933	Tailey	Harley	Arce	Asprilla			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
05		1.150956914	Mia	Abigail	Honajosa	Enriquez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
06		1.115467290	Kensley	Nahiara	Angulo	Ortiz			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
07		1.074659946	Diana	Sofia	Mosquera	Rivas			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
08		1.150955491	Liz	Maya	Gomez	Blasco			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	-0-
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	-03-

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o POS-FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Carol Valencia CC 1111788203
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: San Luis Teléfono UDS: 3145455439
Hoja ___ de ___

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1119283621	Kilian	Mateo	Cuero	Saez	3	0					
02	RC	1111729508	Kendall	Alanna	Olivero	Diaz	2	8					
03	RC	1235147167	Luciana	Alejandra	Mendoza	Tone	3	9					
04	RC	1111930531	Alany	Sharith	Hernandez	Valencia	1	7					
05	RC	1235147735	Emmanuel		Ramos	Viveros	1	9					
06	RC	1113376202	Joshua	Emmanuel	Hurtado	pineda	2	0					
07	RC	1150957060	Weylan	alexander	Yepez	Quiñones	1	4					
08	RC	1235146578	alan	Izel	Orobio	quitoto	3	10					
09	RC	1111929523	Yazy	Bathaleyer	Garces	anchico	2	3					
10	RC	1108241159	Sheilen	Tamara	Cambora	Valencia	4	6					
11	RC	1119290541	Luis	Israel	Bartolomeo	Apuntia	2	5					
12	RC	1191228174	Sheila	Isabella	Torres	Valencia	2	7					
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL		

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

COORDINADOR(A) UDS

Carol Valencia
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FO.MO12.PP	29/3/2019
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
MES: Septiembre
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2026

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Nombre Agente Educativo (a): Yaneth Yori Ortiz
Código CUENTAME UDS: 7610900082746
Dirección: Cra 70 B- Dagano
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC 66945127
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Iserranos
Teléfono UDS: 3177796450
Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1113705511	Dominic	Joel	Riascos	Valencia	2	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A E T	A A A		22		
02	RC	1119291771	Dorian	Elian	Quiñones	Jimenez	2	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	E T	A A A		22		
03	RC	1113375089	Flor	Maria	Londoño	Viveros	4	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	(	A A A		22		
04	RC	1150147211	Eimy	Jazley	Valencia	Benitez	2	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	E	A A A		22		
05	RC	1150956390	Elian	Samuel	Mena	Murillo	2	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	X	A A A		22		
06	RC	1151973519	Nathan	Smith	Aguilar	Ibargüen	4	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	'	A A A		22		
07	RC	1235145349	Dalin	Amara	Osma	Calle	4	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	N	A A A		22		
08	RC	1119291273	thiana	de los angel	Obando	Benteveo	2	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	P	A A A		22		
09	RC	1235146112	Luis	Angel	Valencia	Castro	4	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	ó	A A A		22		
10	RC	1115466711	Dreyling	Michel	Siniestra	Valenca	5	0	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	9	A A A		22		
11	RC	1113376137	Belkin	Arione	Torres	Valenca	2	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	9,	A A A		22		
12	RC	1113375432	Valerin	ARIONA	Torres	Valencia	4	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	C a	A A A		22		
13																		

TOTAL

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

COORDINADORA UDS

Yaneth Yori Ortiz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

FECHA: 30/06/2023
Versión: 2
Página 1 de 2
Clasificación de la información: Publica

DAS o PDC: FUNDACOSA
NIT: 900284047-7
MES: Septembre
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB
NUMERO DE CONTRATO: 7601115/2023
AÑO: 2023

IDENTIFICACION
Nombre Apellido Cuidadora: Leydi Yolanda Angulo
Codigo CUENTAME: 76109000847773
Direccion: Cra 23 barrio Santa Cruz calle Principal
Cedula: 1006198867
Nombre Apellido Madre: Mickey
Telefono: 3175517170

No.	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	RC	1113375340	Nana	Jose	Arana	Garcia	4	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22	
02	RC	1119227266	Liam	Matia	Montaño	Jorys	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22	
03	RC	1119227675	Keyri	Channell	Bonilla	Viveros	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22	
04	RC	1113376061	Breylin	Yareli	Balanta	Pinillo	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22	
05	RC	1115468007	Baya	Elena	Ortiz	Torres	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22	
06	RC	1119229913	Andres	Mathias	Guerrero	Tenorio	3	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22	
07	RC	81592990	Alejandro		Barco	Asprilla	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22	
08	RC	1119227536	Alexander		Velasco	Murillo	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22	
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

FIRMA COMUNIDAD

Leydi Angulo
RESPONSABLE DEL GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805021277-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Leady Ramirez cc 1111774342
Código CUENTAME UDS: 2010900057639 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La esperanza
Dirección UDS: Cra 23 # 7-44 Teléfono UDS: 3187872533

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1111925989	Deyker	Steven	Cabezas	Grueso	5	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					22		
02	RC	1111928311	Sidiel	Mathias	Viafara	Solis	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					22		
03	RC	1111929782	Yoncy	Paulett	Montaño	Caicedo	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					22		
04	RC	1113375374	Yoider	Gael	Gonzalez	Angulo	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					22		
05	RC	1113375747	Dulce	Maria	Saa	Ventura	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					22		
06	RC	1113376253	Aliz	Mariana	Muñoz	Mosquera	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					22		
07	RC	1210779935	Liz	Samantha	Hernandez	Mejia	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7 niños
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Leady Somira Ramirez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o POS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: SEPTIEMBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Maria Sanchez cc 1.111.793.523
Codigo CUENTAME UDS: 76109000082744 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS CANTANTES
Dirección UDS: Cra 23c # 7-41 Teléfono UDS: 318 418 9705
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	RC	1115467717	Theylor	Saori	Caicedo	Sanchez	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		22	
02	RC	1115467898	Jailen	Karime	Angulo	Granja	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A		22	
03	RC	1111928882	Catalleya		Angulo	Arboleda	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A F A A A		22	
04	RC	1113375455	Hanson	Smith	Mosquera	Siniestera	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A L A A A		22	
05	RC	1111926744	Kennerk	Farid	Cañon	Cano	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A I I		20	2
06	RC	1111930037	Jader	Izam	Grueso	Medina	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A X A A A		22	
07	RC	1111930752	Kylian	Samir	Riascos	Castro	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A N A A A		22	
08	RC	1111927887	Fithan	Zamir	Manyoma	Gamboa	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A O A A A		22	
09									N			
10									?			
11									D			
12									G			
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
										TOTAL		

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

COORDINADOR(A) UDS

Mª Angelica Sanchez H.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA

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

Powered by

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 8550231774 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Yasly Palacios CC: 1003945209
Código CUENTAME UDS: 76100000057879 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: Edcarlos Teléfono UDS: 3171753567

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1150456906	Jhon	Alex	Mina	Caicedo				22		
02	RC	1150953249	Deicy	Yaliena	Ramos	Caicedo				21		
03	RC	1235147486	Luis	Daniel	Diaz	Bravo				21		
04	RC	1235146477	Yerson	Yair	Mina	Mosquera				21		
05	RC	1150955616	Jhoser	Alexander	Diaz	Bravo				21		
06	RC	1149945186	Yerson		Riascos	Rodallega				22		
07	RC	1111926154	Liam	Esteban	Viveros	Delgado				21		
08	RC	1235147170	Meylin	Eliana	Riascos	Delgado				21		
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 21

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP Versión 2	5/08/2026 Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACIÓN FUNDACOBA

NIT: 805023177-1 NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025

MES: Septiembre AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): Mª cristina CC 66740934

Código CUENTAME UDS: 7610900057910 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Campito

Dirección UDS: Campo Hermoso Teléfono UDS: 3158962249

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111927768	Zeisy	Milena	Solis	Mondragón	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A	22		
02	RC	1111977277	Isabel	Cristina	Escobar	Mondragón	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A	22		
03	RC	1113375283	Darlin	Magali	Garces	Gonzalez	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RC	1235147505	Alin	Yannella	Mondragón	Montillo	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A C A A A	22		
05	RC	1235145163	Eliam	Andres	Caicedo	Castillo	5	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A X A A A	22		
06	RC	1235146950	Carlos	Damir	Cuero	Gonzales	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A N A A A	22		
07	RC	1150954864	Emanuel		Angulo	Solis	5	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A O A A A	22		
08	RC	1235146398	Yendry		Mondragón	Prettel	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A P A A A	22		
09	RC	1111930780	Meiling	Sareth	Hinestroza	Sanchez	1	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A	22		
10									D			
11									A			
12									S			
13									O			
14												
15									b			
16												
17									l			
18												
19									c			
20									A			
									TOTAL	22		

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

Mª Cristina Valencia
COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia o parte de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA.

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 8550231774 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: 9 AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Miriam Luz Anchico CC: 26296653
Código CUENTAME UDS: 7610 9000 57858 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Amiguitos de Jesús
Dirección UDS: Zacarias rio dagua Teléfono UDS: 3102747714

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1235147729	Zaid	Fernando	Riascos	Carvajal	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
02	RC	1150955105	Yerson	Estiwar	Mosquera	Caicedo	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
03	RC	1150956730	Yhordi	Samir	Pandales	Angulo	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
04	RC	1150955342	Deilin	Liceth	Mina	Caicedo	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
05	RC	1113376101	Kayla	Lisbeth	Rodallega	Aragon	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
06	RC	1235146573	Sara	Jireth	Montaño	Caicedo	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
07	RC	1113376100	Keidy	Dinara	Rodallega	Aragon	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
08	RC	1235146392	Ailen	Zoe	Lozano	pandales	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
09	RC	1150955272	Ailin	Samira	Rentería	Angulo	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
10	RC	1235146761	Baylin	Gisell	Carrera	Solis	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Miriam Luz Anchico
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	5/06/2026
	Versión 2	Página 1 de 2
FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA

NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026

MES: SEPTiembre 2026 AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): Flormiro Gongora S. CC ___

Código CUENTAME UDS: 7610700091396 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención ___

Dirección UDS: Carrera 42 9-23 el Bazgyo Teléfono UDS: 320 254 9222

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			* PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	Registro	1235147633	Elizabeth		Cuero	Conga	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A			22		
02	Registro	1235146294	Juan	David	Renteria	Valencia	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
03	Registro	1250956268	ZAN	Sobany	Rioseco	Valencia	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A			22		
04	Registro	1150955176	Brailin	Tatiana	Murillo	Caicedo	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A			22		
05	Registro	1059993376	Ariel	Joel	Banguera	Valencia	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A			22		
06	Registro	1144215888	Holman	Josue	Bolaños	Arias	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A			22		
07	Registro	1235147366	Bairon	Santiago	Moreno	Angulo	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A			22		
08	Registro	1111927255	Denzel	Gabriel	Angulo	Dias	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A			22		
09	Registro																																
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	08
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Flormiro Gongora S.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	6/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: 9 AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Ms Mª Mery delgadoH CC 31388 409
Código CUENTAME UDS: 7610900052721 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los hombres del mañana
Dirección UDS: cra 48A 9-28 Teléfono UDS: 305 726 4793

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1150954917	Liss	Ariadna	Palacios	Riascos	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1154860776	Mia	Isabella	palacio	Riascos	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RC	1111928433	Erick	Yael	Mina	Banguera	3	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RC	1111927425	Abigail	Dayari	Renteria	Millan	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
05	RC	1114666661	Cristopher	Andres	Lozano	Mendoza	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
06	RC	1154667781	Leyang	Alanna	Sinisterra	Tobar	4	9	A A A A A A A A I I I I I A A A A X A A A A A A A A A A	18	5	
07	RC	1111930489	Yostin	Gael	Orobio	Torres	1	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
08	RC	1150956375	Darien	Yirley	Valencia	Cuellar	3	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
09	RC	1113376264	Daeneris	Ribas	Rodriques		1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
10	RC	1113376222	Maria	José	Sanches	Gutierre	2	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES 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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/26
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): fanery Jory cc 1111802378
Código CUENTAME UDS: 76010152791 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: fanery Jory
Dirección UDS: calle 13 # 62-80 Teléfono UDS: 3165401662

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1110380745	Kailany	Yael	Quero	nascos	3	10		21		
02	RC	1111926907	Daylin	adriana	ruiz	Hurtado	4			21		
03	RC	1111927954	Brianna	Isabela	mina	Campaz	3	4		21		
04	RC	1111928457	Jhosuar	Stiven	Cossio	Bonilla	3	1		22		
05	RC	1111928626	Andara	Sofia	Ortiz	argulo	1	9		22		
06	RC	1111929528	Dara	milagros	nascos	Ramirez	2			22		
07	RC	1113376185	Eilyn	dayana	dominga	renteria	2	1		22		
08	RC	1196716532	Liam	samuel	hinestroza	rosas	3	8		22		
09	RC	1111930514	Tan	gael	Osorio	Velasco	1	5		22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Liz Erazo
COORDINADOR(A) UDS

fanery Jory
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT? PP | Versión 2 | Página 1 de 2

Clasificación de la información: Pública

EAS o PDS: FUNDACIÓN PENDACOBA

NIT: [illegible]

MES: Septiembre

NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026

AÑO: [illegible]

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE DEL CAUCA

Nombre Agente Educativo (a): Katherin Añas

C.C.: 1151442860

Centro Zonal: BUENAVENTURA

Municipio: BUENAVENTURA

Código CUENTAME UDS: 761090084807

Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Pequeños Gigantes

Dirección UDS: CL.15 Cr61C 15-21 6 de enero

Teléfono UDS: 3188129440

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	Semana PRIMERA (L M M J V)	Semana SEGUNDA (L M M J V)	Semana TERCERA (L M M J V)	Semana CUARTA (L M M J V)	Semana QUINTA (L M M J V)	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111926970	Jhostin	Andres	Angulo	Bunguera	4	2	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AA	22		
02	RC	1111930502	Iker	Andres	Riascos	Guerrero	1	8	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AA	22		
03	RC	1113355720	Dayni	Kailany	Guerrero	Añas	3	2	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AA	22		
04	RC	1113705890	Thon	Maiker	Romero	Torres	2	4	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AA	22		
05	RC	1150955367	Emily	Samantha	Angulo	Sinisterra	4	3	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AA	22		
06	RC	1150956760	Aliz	Salome	Beliaizac	Boya	2	7	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AA	22		
07	RC	1235147385	Angel	Davi	Romero	Landazuri	2	7	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AA	22		
08	RC	1150956681	Jhoan	Sebastian	Riascos	Diaz	2	7	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AA	22		
09	RC	1235146469	Miguel	Angel	Romero	Landazuri	4	6	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AA	22		
10	RC	1235148112	Thaylin	Yarleth	Romero	Landazuri	3	7	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AA	22		
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL			

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

[signature]
COORDINADOR(A) UDS

Katherin Jhoana Añas
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

5

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PF	5/05/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: 09 AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): JESSICA CAICEDO CC 1117427475
Código CUENTAME UDS: F6109000B1837 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: CRA 71 1C E 71-10 B/ Horas Teléfono UDS: 3137736280

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1115466341	NAILYN	DANISHA	TORRES	MINA	5		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		17		
02	RC	1111247805	KEYNER	SAMIR	TORRES	MINA	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A		17		
03	RC	1115467385	MAYKER	STIVEN	SOLIS	SINISTERRA	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A F A A A		17		
04	RC	1115467816	JEICOL	ZAID	CAICEDO	MOSQUERA	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A		17		
05	RC	1111929685	YASIR	STERLING	TORRES	ESTRADA	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A		17		
06	RC	1150956348	KILYAN	ADRIAN	TORRES	ESTRADA	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A O A A A		17		
07	RC	1111927628	KAREN	YULIETH	RODRIGUEZ	CAICEDO	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A		17		
08	RC	1235147331	ELIAN	JOSUE	VILLA	PEREA	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A		17		
09	RC	1115468155	JHOAN	ANDRES	CAICEDO	MONDRAGON	1	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A		17		
10	RC	1111930476	KYLIAN	STIVEN	HURTADO	SOLIS	1	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A		17		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

JESSICA CAICEDO M.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/5/2015
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 800023177-4 NUMERO DE CONTRATO: 760157520025
MES: Septiembre AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE Centro Zonal: CC BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (s):
Código CUENTAME UDS: 76109D0081840 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección: Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1111926552	Iren	Fernanda	Angulo	Diaz	4	5
02	RC	1109573192	Mia		Hurtado	Alegria	4	
03	RC	1109373191	Maria		Hurtado	Alegria	4	
04	RC	1115468069	Siany	Dalesa	Angulo	Garces	2	
05	RC	1115467903	Dulce	Adelines	Villa	Zuniga	3	
06	RC	1111919830	Darialis		Valencia	mondragon	2	
07	RC	1115467851	Jorgen	Luis	Riasco	Renteria	2	
08	RC	1115466978	Abrahan		Villa	Zuñiga	4	
09	RC	1111930463	Jader	Yesi	Hosquera	Medina	2	
10								
11								
12								
13								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	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		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	J	R	A	A	A		
02		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A		
03		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A		
04		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		
05		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G	A	A	A		
06		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A		
07		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A		
08		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	P	A		
09		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A		
10																									
11																									
12																									
13																									

TOTAL MENSUAL		
ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
22		
22		
22		
22		
22		
22		
22		
22		
22		

TOTAL

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

COORDINADOR(A) EA

Luz Marleny Aloma
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o POS: FUNDACION FUNDACOSA
NIT: 805023177-4
MES: Septiembre
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Yanch Carvajal cc 66940955
Código CUENTAME UDS: 761090008041777
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: Los Picapicados Cr 55 Cl 10
Teléfono UDS: 3183187163
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1113379312	Genesis	Alanna	Ramirez	Fuentes	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		22		
02	R.C	1150956248	Diego	Luis	Benitez	Ojeda	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
03	R.C	1111928089	Heidi	Mariana	Valencia	Orbano	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
04	R.C	1150956494	Asnny	Yoomy	Aragon	Segura	3	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A I I A A A		22		
05	R.C	1111930396	Nathan	Yael	Suarez	Quintero	1	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
06	R.C	1111930533	Mathias		Zapata	Acevedo	1	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
07	R.C	1150956062	Adrian	Stiven	Aragon	Alvarez	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A I I A A A		22		
08	R.C	1115467426	Adely	Anahi	Valencia	Carvajal	4	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A D A A A		22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Yanch Carvajal
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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	6/5/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: SEPTIEMBRE AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Monica Mina CC 1061736499
Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Número Agente Educativo (a): 76109300831835
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las Angelitas de Monk
Dirección UDS: B. El Cristal Teléfono UDS: 3239388270

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMSRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111929092	Jason	Stiwar	Quintero	Montaño	2	5			22		
02	RC	1112375948	Mia	Alexandra	Prado	Cardenas	2	9			22		
03	RC	1115466546	Aidan		Henao	Romero	5				22		
04	RC	1125254626	Edwin	Shampier	Flores	Arará	5				22		
05	RC	1144112527	Maria	del Mar	olivella	estupiñan	2	2			22		
06	RC	1235112892	Britany	Nahomi	Muños	cuero	5				22		
07	SD	68336303	Maria dalla	Catalina	Jaramillo	valencia	4	9			22		
08	RC	Rona1144168	Josue	Ronal	Cuicedo	Cortes	2	3			22		
09	SD	1091035235	Alexia	Natalia	Perlaza	Aguirre	3	11			22		
10	RC	1109939955	Juan	David	Rascon	Caicedo	3	2			22		
11	RC	1111931046	Elner	Jamdall	Flores	Arrieta	2	5			22		
12	RC	1115467452	Eidriam	Josue	Cuero	valencia	4	4			22		
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Luz Ortiz — COORDINADOR(A) UDS

Monica Mina — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

5

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	6/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Setiembre. AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Sorani Benavidez CC 29'231.803
Código CUENTAME UDS: 7610900091576 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Rayito de sol
Dirección UDS: Cr 57 a 6508 52 Antonio Nariño Teléfono UDS: 3136171980

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1061117568	Kelian	Cael	Riascos	Ospina			N A A A A A A A A A A A A A A A R A A A	22		
02	RC	1119128133	Lesly	Michel	Gamboa	Mosquera			A A A A A A A A A A A A A A A A F A A A	22		
03	RC	1115466611	Hansel	David	Vente	Jaramillo			A A A A A A A A A A A A A A A A L A A A	22		
04	RC	1150955343	Dulce	Zaayarith	Arizala	Nieves			A A A A A A A A A A A A A A A A C A A A	22		
05	RC	1150956133	Emily	Ariany	Valencia	Portocarrero			A A A A A A A A A A A A A A A A O A A A	22		
06	RC	1150956346	Wainer	Andres	Perea	Caicedo			A A A A A A A A A A A A A A A A N A A A	22		
07	RC	1235146483	Jhoan	Daniel	Rodriguez	Mina			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Luz Ed A S
COORDINADOR(A) UDS

Sorani Benavides.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	05/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): María Amu cc 31600950
Código CUENTAVE UDS: 76109008856 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los pitufos
Dirección UDS: cr 60c # 17-26 Teléfono UDS: 3225972941

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1061117570	xeiner	samuel	Riascos	Riascos	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
02	RC	1196716252	Emma	Isabella	paz	lara	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
03	RC	1119293320	jhan	Mayrel	palacios	Riascos	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
04	RC	1150956884	Aryen	Zoe	Riascos	Montaño	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
05	RC	1119278627	jainer	josue	cuellar	castillo	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
06	RC	1118278574	jhan	Deiner	obando	Riascos	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
07	RC	1450955956	Fallon	Nahomy	Garces	carabali	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
08	RC	1109574154	Aylen	samantha	Riascos	Riascos	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
09	RC	1235053640	Hersheel	Kahory	sanchez	Viveros	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
10	RC	536218607	Alena	Charinny	Asprilla	Garces	1	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
11	RC	1150952246	Zayry	steyler	Arboleda	Rodriguez	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

María A Amu G.
RESPONSABLE DE GRUPO

3

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	05/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): María Paula CC:
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Eccehomo
Dirección UDS: cr 61C # 17-26 Teléfono UDS:

No. de Orden	INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE				SEMANAS																								
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111927550	Kilian	Hernan	Riascos	Rodriguez	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A							
02		1113375908	Chelsie	alana	Riascos	Rivas	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A							
03		1113759125	Keyden	Zamir	Sabanero	Romero	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A							
04		1150955652	Mariana		Valencia	Mina	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A							
05		1111927750	Angel	Alonso	Guerrero	Lara	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A							
06		1115468133	Jesus	David	Mancilla	Carabali	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A							
07		1115466053	Miguel	Angelo	Navarro	Rosero	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A							
08		1119316 20	Ingrid	Sary	Bravo	Aramburo	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A							
09		1235147115	Liam	jeremy	Viafara	Ramos	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	M	A	A	A							
10		1115665556	Emmi	Isabel	Mancilla	Carabali	4	12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A							
11		1111931622	Carlos	Yair	Bravo	Aramburo	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A							
12		1111931621	Hamerson	David	Bravo	Aramburo	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							
13																																	
14																																	
15																																	
16																																	
17																																	
18																																	
19																																	
20																																	
																															TOTAL		

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

COORDINADOR(A) UDS

María paula Benítez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.M1.PP	05/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o FOS: FUNDACION FUNDACOCOA
NIT: 805031774
MES: Septiembre
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Proyecto: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Soberda Caicedo
CC: 35805403
Código CUENTANET UDS: 7610900056568
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi Pequeño hogar #2
Dirección UDS: vereda la gloria
Teléfono UDS: 3114723913

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES a VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1114250340	Angel	Kalet	Valencia	Murillo	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1144005785	Ethan	Daniel	Barguen	Murillo	1	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RC	1151974522	Sasha	Mauricio	Valencia	Palacios	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A L	22		
04	RC	7235145686	Moises	Yael	Viveros	Riascos.	5	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A C	22		
05	RC	7235146340	Maria	Ester	Asprilla	Riascos	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A O	22		
06	RC	7235146393	Andrey	Luciana	Renteria	Riascos	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A N	22		
07	RC	7235148969	Aislyn	Alanna	Balanta	Vernaza	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Soberda Caicedo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia o impresión de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 760101520263
MES: Septiembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN 1235138857 Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a) Fanny Angulo cc 1235138857
Código CUENTAME UDS 7610900006882 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención las mariposas
Dirección UDS: Jorge Eliecer Gaitan Teléfono UDS: 3217404480

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1235149159	Dennis	Josue	Torres	Arboleda	2	10	A A A A A A P N N A A A A A A A A A A A R A A A	22		
02	RC	1235147830	Nahiara		Perea	Pomeo	1	8	A A A N A A A A A A A A A A A A A E A A A	22		
03	RC	1235147829	Ahiara		Perea	Pomeo	1	8	A A A N A A A A A A A A A A A A A E A A A	22		
04	RC	1115466346	Eliam	Yasser	Quiñones	Rivas			A A A N A A A A A A A A A A A A A E A A A	22		
05	RC	1235145064	Monia	Alejandra	Rodrigues	Panameño	5	6	A A A N A A A A A A A A A A A A A E A A A	22		
06	RC	1150955269	Angel	Matias	Valencia	Quiñones	4	4	A A A N A A A A A A A A A A A A A E A A A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	6
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Fanny Angulo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Verifique que la impresión de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	6/5/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Gina Paola T. CC ___
Código CUENTAME UDS: 76109000823 49 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi Corazoncito
Dirección UDS: Cra 5 # N. 6 Sur 40 Teléfono UDS: 3161313465

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA, SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1255147342	Jayden	Stiven	Riascos	Caldas	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			23		
02	RC	1114962638	Shayna	Tahimara	Moreno	Molina	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			23		
03	RC	1111928437	Keller	Anaya	Murillo	Bonilla	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			23		
04	RC	1235146304	Jesus	David	Cuero	Granados	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			23		
05	RC	1113375613	Thaniel	Samuel	Gamboa	Cuero	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			23		
06	RC	1115467472	Emily	Sofia	Hurtado	Delgado	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			23		
07	RC	1150956634	Angel	Joel	Minotta	Paredes	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			23		
08	RC	1150954770	Yelen	Alanna	Paredes	Angulo	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			23		
09	RC	1034323502	Andris	Sahara	Ortega	Caldas	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			23		
10	RC	1235147199	Luz	Naiot	Arboleda	Gonzalez	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			23		
11	RC	1191227003	Raúl	Stiwar	Advincula	Advincula	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			23		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Luz Eu R S
COORDINADOR(A) UDS

Gina Paola Torres
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

7

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP	29/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 900023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: Septiembre AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Aureliana Asprilla CC 35620045
Código CUENTAME UDS: 7610900084886 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Traviesos
Dirección: Teléfono UDS: 3153568809

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1117926349	Neiser	yessid	Castillo	Ruiz	4	2
02	RC	535532210	kailyn	Alexa	tobar	Carabali	3	
03	RC	1150986378	Lian	Emir	Agudelo	Perez	3	
04	RC	1117706586	charoln	Nicol	ocoro	torres	2	4
05	RC	1232853894	noah	Jaziel	Angulo		1	7
06	RC	1149944753	yeremy	Andres	pinillo	Alegria	1	3
07	RC	1113376165	Izan		Vargas		2	5
08								
09								
10								
11								
12								
13								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	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	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A		
02	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A		
03	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A		
04	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A		
05	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A		
06	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A		
07	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A		
08																									
09																									
10																									
11																									
12																									
13																									

TOTAL MENSUAL	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
	22		
	22		
	22		
	22		
	22		
	22		
	22		
TOTAL			

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 07
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) EA

Aureliana Asprilla Arias
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	6/5/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Marilos candelo CC: 38471328
Código CUENTAME UDS: 7610900084814 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los pajarillos
Dirección UDS: Cll 7a Poste 18 B Teléfono UDS: 3105227609

No. de Orden	INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		SEMANAS																										ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1150956351	Martin	Alejandro	guerrero	Mosquera	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
02	RC	1.116288193	Jhonny	Fernando	Sanchez	gutierrez	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
03	RC	1111.926737	Yilmar	Adrian	Vergara	Casiano	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
04	RC	1232834258	Arayi	Joseph	Castilla	Mendoza	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
05	RC	1115468122	Taylor	Fernando	caicedo	castro	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
06	RC	1078694959	Karla	July	Moya	Churipua	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
07	RC	1038652598	carlos	yair	Moreno	Molina	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
08	RC	1191224494	Deyker	Yair	Moreno	valenzuela	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
09	RC	1113376071	Ethan	Jesus	Bolaños	Moreno	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
10	RC	1086637320	Yostin	Alejandro	Quintana	cozguen	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Mary Luz candelo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

EAS o POS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023171-4
MES: Septiembre
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): María Luisa R. CC 66736509
Código CUENTAME UDS: 76109010818145
Dirección UDS: Cra 21 calle 11a # 20-96
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Mis Tortuguitas
Teléfono UDS: 3182109344
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1113375337	Jesus	Daniel	Victoria	Viveros	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
02	RC	1113375421	Dilan	Felipe	Hurtado	Torres	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
03	RC	1235147086	Laura	Magdeleine	Bravo	Caicedo	3	-	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
04	RC	1235147085	Daniel	Santiago	Bravo	Caicedo	3	-	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
05	RC	1115462191	Kelly	Sarai	Valencia	Valencia	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
06	RC	1113375251	Sara	Sophia	Herrera	Murcia	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
07	RC	1111830142	Jesus	David	Valencia	Siniestrica	1	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

María Luisa Bravo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PERSONALES AQUÍ CONSIGNADOS SE RIGEN POR LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES: septiembre
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): flor maria perea
Código CUENTAME UDS: 76109000084769
CC 31600094
Dirección UDS: camilo torres
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los 3 conejitos
Teléfono UDS: 3155534115

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1196716587	ANGEL	David	Granja	ordoñez	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		22		
02	RC	1111927379	DEMER	yamiro	Gomez	castillo	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A F A A A		22		
03	RC	1113375197	Genesis	MARINN	Panameño	Morillo	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A F A A A		22		
04	RC	1113375038	Jaime	MATEO	nuñez	caicedo	5	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		22		
05	RC	1111926376	Jesus	David	solis	Grueso	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		22		
06	RC	1111929591	Keyla	TAMARA	solis	Grueso	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		22		
07	RC	1116084619	MARINA		Moreno	ARIAS	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		22		
08	RC	1111928919	MARIA	Alejandra	angulo	ante	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

flor maria perea
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	8/08/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o POS FUNDACION FUNDACOSA
NIT 805021177-4 NÚMERO DE CONTRATO. 76010152026
MES septiembre AÑO. 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional VALLE DEL CAUCA Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a) Claudia P. Angulo CC ___
Código CUENTAME UDS 7610900052629 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención los Arrecifes
Dirección UDS ___ Teléfono UDS 3155427710

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		1150956631	Jesus	Daniel	Arias	Angulo	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02		1235146927	Yanel	Alexend	Riascos	Riascos	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03		1235146456	Mateo		Potes	Valencia	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04		1113375609	Alan	Josue	Arambulo	Hurtado	3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
05		1104952242	Liam	Yael	Hurtado		3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
06		5345637077	Ethan	Gael	Hinestroza	Hinestroza	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
07		1235146334	Anali	Fernanda	Victoria	Valoyes	10		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
08		1111930751	Maria	Fernanda	Potes	Rodallega	1	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
09		1111930354	Estefania	Archaul	Murillo	Lucero			A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	22		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES.	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES.	08
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES.	

COORDINADOR(A) UDS — RESPONSABLE DE GRUPO Claudia P. Angulo H

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: SEPTIEMBRE AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a) _____ MARISTELLA ANGULO ANGULO CC_____ 29229428
Código CUENTAME UDS: _____ 7610900081765 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención____
Dirección UDS: _____ Barrio Alfonso Lopez calle 1 Teléfono UDS: _____ 3106341534

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES a VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1115467761	AYLENN	LUCIANA	TENORIO	HINESTROZA	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A P A A A	22		
02	RC	1113376204	THIAGO	EMMANUEL	PORTOCARRERO	CUELLAR	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A L A A A	22		
03	RC	1111706604	ERICK	TOMAS	PORTOCARRERO		2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RC	1107541078	AITANA	ISABELLA	CASTRO	CORREA	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A N A A A	22		
05	RC	1111929856	AMBER	ARIADNA	LANDA	MINA	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A	22		
06	RC	1113376347	KENYEL	SANTIAGO	PORTOCARRERO	MOSQUERA	1	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
07	RC	1150956385	JARED	JOEL	BANGUERA	VALENCIA	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A C A A A	22		
08	RC	1111929760	JANNER	STIVEN	BALANTA	SANCHEZ	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A I A A A	22		
09	RC	1113376418	FERNEY	ANDRES	MINOTA	HINOJOSA	1	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A O A A A	22		
10									N			
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
										TOTAL	22	

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

Luz Eny A.S.
COORDINADOR(A) UDS

Maristella Angulo.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS : FUNDACOBA
NIT: 900284514-7 NÚMERO DE CONTRATO: 76910152025
MES: Sept AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Melvis Fernanda Morales G. CC 1111791779
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: Viento Libre Teléfono UDS:

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1111926706	Danna [illegible]	maria	Perea	castro	4	5	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	P	A	A	A			22		
02	RC	1111927907	Jayden	Joel	montaño	nuñez	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	E	A	A	A			22		
03	RC	1235745470	Emmanuel	Jose	Perozo	Perozo	4	9	A	A	A	A		P	P	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	F	A	A	A			22		
04	RC	1111125470	Eymi	Johanna	grueso	angulo	2	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A			22		
05	RC	1111927200	Tailon	Sandies	Quiroba	Valencia	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	E	A	A	A			22		
06	RC	1111927464	Jhonsi	Stiven	Solis	Cangrena	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	X	A	A	A			22		
07	RC	19257	Milan		aldurete	aldurete	1	10	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	I	A	A	A			22		
08	RC	1111930540	Emely	Saray	Florez	reina	2	4																				0						22		
09																												n								
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Luz Eu A S
COORDINADOR(A) UDS

Melvis Fernanda Morales Granja.
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

5

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	6/5/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-1 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Setiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Danny Jhoana cc 358106144
Código CUENTAME UDS: 7610900091633 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Dirección UDS: Teléfono UDS: 3137747322

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1079103392	Danny	Antonela	Arboleda	Caicedo	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
02	RC	1078694448	Darlin g	Yane	Wellar	Pedroza	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A	A	A	22		
03	RC	1235145588	Danna	Luz	Nuñez	Banguera	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A	A	A	22		
04	RC	1078694611	Eric	Fabian	Murillo	Pedroza	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A	A	A	22		
05	RC	1078695115	Bairon	Jhon Jaider	Murillo	Pedroza	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	22		
06	RC	1235147631	Alana	Maria	Prado	Caicedo	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A	A	A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	6
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Danny Jhoana arboleda
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	[illegible]
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o POS: FUNDACION [illegible]
NIT: [illegible]
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre.
AÑO: [illegible]
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR [illegible]

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Yurany Cuaran
C.C. 1144032489
Código Cuéntame UDS: 7610900091573.
Número Unidad de Servicio/Celular de Atención: 3107246430
Dirección UDS: Dia 3ª #89-58.
Nombre UDS: Los Pajaritos

INFORMACIÓN PERSONAL DE LOS PARTICIPANTES / CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	Tipo Doc	Número Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad Años	Edad Meses	1ª L	1ª M	1ª Mi	1ª J	1ª V	2ª L	2ª M	2ª Mi	2ª J	2ª V	3ª L	3ª M	3ª Mi	3ª J	3ª V	4ª L	4ª M	4ª Mi	4ª J	4ª V	5ª L	5ª M	5ª Mi	5ª J	5ª V	Asistencias	Inasistencias	Causas de retiro
01	RC	1235147323	Sanna		Candury	Pelaez	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A			22		
02	RC	12351477237	Zoe	Saray	Cuartas	Hincapie	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
03	RC	1150956456	Genesis.	Daylanee	Cordoba	Buenaventu	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
04	RC	1225095172	Herlinda	Sofia	Bravo	Valencia	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
05	RC	1235145732	Mia	Sharlotte	Candury	Pelaez	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A			22		
06	RC	1113375031	Irna	Angelica	Monsalve	Leal	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A			22		
07		7710981	Mariana	Isabella	Zapata	Roque	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A			22		
08	RC	1113376055	Dereck	Steyler	Beltran	Montaño	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	%	A	A	A			22		
09	RC	1235148939	Gael	Ariel	Jaramillo	Nieves	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	É	A	A	A			22		
10		8191644	Wuleni	Anthua	Gonzalez	Navarez	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	i	A	A	A			22		
11	RC	111927192	Yerco	Andres	Argote	Garcia	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A			22		
12	RC	1235145337	Dylan	Andres	Loaiza	Zapata	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL			

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

[signature] COORDINADOR(A) UDS

Yurany Cuaran
RESPONSABLE DE GRUPO

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

[illegible]

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	[illegible]
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o POS: FUNDACIÓN [illegible]
NIT: [illegible]
MES: Septiembre
NÚMERO DE CONTRATO: 76010[illegible]
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
[illegible]

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo: Ana Luisa Manguay
Código Cuéntame UDS: 76109000 81483
Dirección UDS: Cl 3A #89-58 Campiña
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC: 66736608
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: H. Pinocho
Teléfono: 3154567378

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES

No.	Tipo Doc.	Número documento	Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Años	Meses	1ª L	1ª M	1ª X	1ª J	1ª V	2ª L	2ª M	2ª X	2ª J	2ª V	3ª L	3ª M	3ª X	3ª J	3ª V	4ª L	4ª M	4ª X	4ª J	4ª V	5ª L	5ª M	5ª X	5ª J	5ª V	Asistencias	Inasistencias	Causa de retiro
01		1115466269	Maria	Fernanda	Duque	Escobar	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reunión pedagógica	A	A	A			22		
02		1150954897	Sara		Castillo	Morales	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
03		1115466693	Heisel	Salome	Quintero	Viveros	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
04		1232818744	Alice	Jhoana	Lozano	Gil	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
05		1085818960	Mariana		Paz	Castro	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
06		115095557	Aylen	Andrea	Castañeda	Moreno	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
07		1069775030	Dania	Alejandra	Villalba	Herrera	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
08		1150955056	Emanuel		Montoya	Garcia	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
09		1109578007	Ilan	Daniel	Lopez	Acevedo	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
10		112007243	Emanuel		Ceballos	Lopez	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
11		1150956036	Angel	David	Salazar	Arias	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
12		1235146980	Eithan	Alejandro	Salamanca	Parra	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL			

Verificación de Cobertura			
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES 6 MESES ASISTENTES		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES ASISTENTES	12	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES		

[signature]
COORDINADOR(A) UDS

Ana Luisa Manguay
RESPONSABLE DE GRUPO

[illegible]

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Nombre Agente Educativo (a): Mansol Ubano
Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
CC 31603421
Código CUENTAME UDS: 76109000081831
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La casita
Dirección UDS: Cra 7c casa Unión de V. Teléfono UDS: 3126979177

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES · SEGUNDA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES · TERCERA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES · CUARTA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES · QUINTA: LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1133758882	Emmanuel	Elias	Gaviria	Hurtado	2	10		18		
02	RC	1154674117	Diana	Elizabeth	Gaviria	Hurtado	4	1		19		
03	RC	1154676233	Drake	Yulian	Riascos	Mina	4	9		17		
04	RC	1150756026	Anny	Zoe	Hurtado	Garcia	3	6		20		
05	RC	1150956285	Diana	Kathaleyo	Suarez	Mosquera	3	2		20		
06	RC	1196716407	Luis	Elian	Campaz	Mosquera	4	5		20		
07	RC	1235146985	Jhon	Janer	Viveros	Gomez	3	2		20		
08	RC	1235146284	Mia	Luciana	Campaz	Montaño	4	4		20		
09	RC	1235147079	Mariangel		Anchico	Campaz	3	0		20		
10	RC	1235146165	Harry	Smith	Gomez	Rodriguez	4	6		20		
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 198

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

COORDINADOR(A) UDS

Mansol Ubano S
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	05/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o FDS: FUNDACION FUNDACOSA

NIT: 805031174 — NÚMERO DE CONTRATO: 76010162026

MES: Septiembre — AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___

Regional: VALLE DEL CAUCA — Centro Zonal: BUENAVENTURA — Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): Keidy Yurani moreno — cc: 1.078689.822

Código CUENTAME UDS: 7610900091438 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Manitas traviesas.

Dirección UDS: Barrio caldas — Teléfono UDS: 3188392210

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1066848160	Erlin	Smith	Diaz	Moreno	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
02	RC	1077176844	Emma		Gamboa	Moreno	5	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
03	RC	1111925761	Alan	Jael	Palacios	Salcedo	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
04	RC	1111926896	Danna	Celeste.	Cortez	Vasquez.	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
05	RC	1115466609	Cristin	Jahanny	hurtado	Nuñez	5	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
06	RC	1191226453	Alayna		Hinota	Gonzales	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
07	RC	1232827463	Eitan	Gael	Gonzales	Sanclemente	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Keidy Yurani moreno
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.M1.PP Versión 2	05/06/2026 Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

EAS o FDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805031174 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo de UDS: Luz aidee Perea CC: 66941480
Código CUENTAME UDS: 7610900081540 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Divino niño
Dirección UDS: Cra 16 N-100 Vistahermosa Teléfono UDS: 3215633843

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1717928888	Kiara	Loriani	Pretel	Ramires	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
02	RC	1191228096	Jaden	Samir	Ruiz	Caicedo	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
03	RC	1235145228	Lizbeth		Perea	Lopez	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A							22		
04	RC	1713375128	Anni	Gabriela	Cobo	bonilla	5	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A							22		
05	RC	1235147090	Jhoan	Emir	Cuero	Palacios	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A							22		
06	RC	1750956272	Isaac		Sanchez	Gongora	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A							22		
07	RC	1235145462	Angela	Maria	Borja	Mosquera	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							22		
08	RC	1717928640	Ian	Gael	Blandon	Palacios	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Luz aidee Perea
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA.

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	05/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o FDS: FUNDACION FUNDACOBA

NIT: 805021174 NÚMERO DE CONTRATO: 76010162026

MES: Septiembre AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___

Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): Ana Mirella Angulo A cc 39473996

Código CUENTANET UDS: 76109001023.67 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Arco Iris

Dirección UDS: Calle 3 cra 83 B/ los Palmeros Teléfono UDS: 3175069449

IDENTIFICACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1235145652	Sherasay		Garces	Espinosa	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
02	RC	1235146405	Jesus	Javier	Murillo	Perea	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
03	RC	1111926791	Daifer		Diaz	Zamora	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
04	RC	1235145805	Ander		Sanchez	Gamboa	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
05	RC	1109575114	Emanuel		Isalda	Angulo	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
06	RC	1113543803	itany	Yareli	Guerrero	Diaz	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
07	RC	1113374914	Derlin	Celeste	Cortes	Amú	5	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
08	RC	1235145503	Jhon	Charli	Moreno	Celorio	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
09	RC	1235146695	Thiago	Nicolas	Gamboa	Aragon	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
10	RC	1235145577	Deimar	Stiven	Cuero	Riascos	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES 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 COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO: PROMOCION Y PREVENCION

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.FP | 3/08/2023

Versión 3 | Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o FOS: FUNDACION FUNDACOBA

NIT: 805021177-4 | NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026

MES: Septiembre | AÑO: 2024

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE DEL CAUCA | Leidy Torres H | Centro Zonal: BUENAVENTURA | Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): | CC 1111765490

Código CUENTAME UDS: 76109000091564 | Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Manitos Inquietas

Dirección UDS: VIA SIN poste 17 -3 palmas | Teléfono UDS: 3215929854

Pág 1 de 2

3. FORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DCC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1196716446	Flor	Maria	Renteria	Camacho	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1235147850	Kendall	Jassiel	Agudelo	Mina	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RC	1235146492	Mia	Salome	Payan	Valencia	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RC	1150954706	Alison	Andrea	Navarro	Mercado	5	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
05	RC	1235147475	Luis	Yael	Garcia	Gamboa	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
06	RC	1111928131	Gael	Steileer	Boya	Garcia	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
07	RC	1235146187	Lesli	Paola	Orobio	Castillo	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 22

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	07
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Leidy Torres H.

RESPONSABLE DE GRUPO

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

COPIA CONTROLADA SOLO PARA CONSULTA | COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PERSONALES RECOLECTADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA FINALIDAD QUE TIENE ESTA ACTIVIDAD, ENCONTRADOS EN EL REGISTRO NACIONAL DE BASES DE DATOS Y PARA EL PERIODO DE TIEMPO QUE SEA RAZONABLE Y NECESARIO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023171-4
MES: Septiembre
AÑO: 2026
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Ana Yulisa Viveros
CC: 29229199
Código CUENTAVE UDS: 76010005791 4
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Amigui tos del Rey
Dirección UDS: Zarzamora Buenaventura
Teléfono UDS: 3128751862

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111929252	Ashlin	alejandra	Rivas	Lozano	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		22		
02	RC	1235745834	aaliya	Elisabet	flores	Moreno	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
03	RC	1111926136	Melany	Isabel	Riascos	Mosquera	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
04	RC	1150956897	Deiner	Jesi	angulo	angulo	1	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
05	RC	1150956747	Elvi	Gael	zamora	lopez	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Luz Gaitán
COORDINADOR(A) UDS

Ana Yulisa Viveros G.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Públicas

SAS o POS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805023177-4
MES: Septiembr
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Rocio solis
Código CUENTAME UDS: 9000087897
Dirección UDS: Zacarias Rio Dagua

Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC 29230802
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: los pequeñines
Teléfono UDS: 3145879856

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1150955156	Emily	Luciana	Valentierra	Valencia	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1111927897	Valery	Ivana	Orozco	Gonzales	3		A A A A A A A A A A A A A A A A C A A A	22		
03	RC	1150956135	Genesis	Yireth	palacio	Murillo	3		A A A A A A A A A A A A A A A A F A A A	22		
04	RC	1150955358	Caroline		Garcia's	Diaz	4		A A A A A A A A A A A A A A A A I A A A	22		
05	RC	1235146169	Yostin	Dael	panameño	Rivas	4		A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A	22		
06	RC	1150954998	Erlin	Celina	Zamora	Ramirez	4		A A A A A A A A A A A A A A A A X A A A	22		
07	RC	1235147065	Orlin	Santiago	Barreiro	panameño	2		A A A A A A A A A A A A A A A A I A A A	22		
08	RC	1235146788	Brian	arley	Mondragon	Grajales	3		A A A A A A A A A A A A A A A A O A A A	22		
09									N			
10									P			
11									E			
12									D			
13									A			
14									G			
15									C			
16									G			
17									I			
18									C			
19									A			
20												
										TOTAL		

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

COORDINADOR(A) UDS

Rocio H solis angulo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT4.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2 -

Clasificación de la Información: Pública

CADENA: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: [illegible] NUMERO DE CUPOS: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

CENTRO ZONAL:
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Yesenia Castillo
Cédula de Ciudadanía (a): 76109000578 70
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: 29229330
Director UDS: Zacarias
Teléfono UDS: 3158568472

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111928625	Kimberlyn	Michel	oliveros	panameño	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1111927991	Jusy	Nairouy	Sinistrra	Hinostroza	5	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RC	1111927984	Tiago	Alexander	cuero		3	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RC	1111925740	Nicol	Andres	cuero		5	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
05	RC	1115466634	Ethan	Fabian	Bran	Delgado	5	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
06	RC	1115467738	Yeremi	Matias	Bran	Delgado	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

SUSPENDIDO 6 DIAS

TOTAL

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

COORDINADOR(A) UDS

Yesenia Castillo
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/26
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Ana yena Potes CC 29226639
Código CUENTAME UDS: 7610900057796 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pequeñinez
Dirección UDS: San Antonio Teléfono UDS: 3136573048

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1150956808	Eboni	Alexa	Cuero	Valencia	1	11
02	RC	1150955376	Liam	Ismael	Mosquera	Girón	4	2
03	RC	1235146335	Salome		hurtado	Diaz	4	1
04	RC	1113375859	Luis	gabriel	olaya	tenorio	2	10
05	RC	1113374432	Kallen	Nohemi	bonilla	renteria	5	0
06	RC	1115467616	yeidan		Salas	Cuero	4	0
07	RC	1113375742	Alahia	Antonella	Martinez	Potes	3	1
08	RC	1113375270	Isayana		Sanchez	Rosales	4	6
09	RC	1235147375	Elian	Santiago	Rodriguez	benites	2	5
10	RC	1066849296	Mateo		Valencia	Sinisterra	1	9
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

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	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A			22		
02	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
03	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A			22		
04	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A			22		
05	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A			22		
06	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A			22		
07	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A			22		
08	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A			22		
09	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A			22		
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A			22		
11–20																												
TOTAL																										22		

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

COORDINADOR(A) UDS

Ana yena Potes Valenzuela
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

6

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

SAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805028177-4 NUMERO DE CONTRATO 7501015 2026
VES AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Francia Elena Siniston CC 66945498
Código CUENTAVE UDS: 76109000057890 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Estrellita de Jesús
Dirección UDS: Zaragoza Rio Dagua Teléfono UDS: 3215055038

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES a VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111928621	Nerdi	Yaretzi	Viveros	Torres	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		16	✓	
02	RC	1115468054	Salome	Alaia	Cuesta	Torres	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		17		
03	RC	1111928004	Lauren	Vivia	Ocoro	Candelo	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A F A A A		17		
04	RC	1107545939	Ethan	David	Valencia	Viveros	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A		17		
05	RC	1235146611	Wilmer	Stiven	Viveros	Viveros	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A F A A A		17		
06	RC	1150957959	Andres	Andrs	Garces	Zamora	5	0	A A A A A A A A A A A A A A A A D A A A		17		
07	RC	1150956158	Owen	Andres	Mondragon	Angulo	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A D A A A		17		
08	RC	1235145412	Leison	Andres	Torres	Cortes	5	2	A A A A A A A A A A A A A A A A D A A A		17		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Francia Elena Siniston
RESPONSABLE DE GRUPO

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

COPIA NO CONTROLADA

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

6

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

Versión 2 | Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o EGS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805023177-4
MES Septiembre
NUMERO DE CONTRATO 76010152026
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Delamar Angulo Ramos cc 66737934
Codigo CUENTAME UDS 76109000057768
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los pitufos
Dirección UDS Zacarias Rio Dagua
Teléfono UDS 3137990154

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA SEMANA	SEGUNDA SEMANA	TERCERA SEMANA	CUARTA SEMANA	QUINTA SEMANA	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235145596	Xamy		Morales	Albornoz	4	11	AAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
02	RC	1111926139	Kamel	Dahel	Micolta	Viveros	4	9	AAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
03	RC	1113376226	Daishell	Shajany	Chalarcs	Obregon	2	0	AAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
04	RC	1235146020	Yosuk		Izquierdo	Renteria	4	6	AAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
05	RC	1111926575	Ailin	Emit	Delgado	Mondragon	4	4	AAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
06	RC	1150955000	Matias		Izquierdo	Renteria	4	9	AAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
07	RC	1113375554	Shelsy	Mariana	Orobio	Valencia	3	8	AAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
08	RC	1111927818	Antoni	Jose	Zamora	Caicedo	3	4	AAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
09	RC	1235147333	Billy	Fauricio	Riascos	Arrechea	2	10	AAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
10	RC	1191226373	Alisson	Iveth	Mina	Izquierdo	3	9	AAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
11	RC	1150956775	Adler	Farid	Micolta	Viveros	2	5	AAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	22		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

COORDINADOR(A) UDS

Delamar Angulo R
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NUMERO DE CONTRATO: 7601 0152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo: Fenix Giscly copete
Codigo CUENTAME UDS: 76109000084774
Dirección UDS: calle 2 carrera 66 sur
Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
CC: 1111771031
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los pecesitos
Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1196716373	Briany	Yarizat	Ramos	Riasco	4	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	22		
02	R.C	1191224703	Cielo	Saray	Zamora	Garcia	5		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	21		
03	R.C	1115468137	Keiden	Jael	Copete	Asprilla	2		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	22		
04	R.C	1111927558	Keylin	Amaia	castillo	Angulo	4	1	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	22		
05	R.C	1150956128	Thiago	Gael	Hurtado	Martinez	3	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	22		
06	R.C	1113375953	Eimmy	Lihem	Estupiñan	Ramos	2	10	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	22		
07	R.C	1111927730	Angel	Yahel	pareja	Tovar	3	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	22		
08	R.C	1150956010	Jeini	Celeste	Delgado	Renteria	3	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A	21		
09	RC	1150955664	Ashley	Nahiara	campo	Acevedo	3	11	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A	21		
10	R.C	1150953332	Julio	Cesar	Lopez	Riasco	4	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A	21		
11	R.C	1235146064	Maria	Yolaisy	camacho	Mondragón	4	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	20		
12	R.C	1150955158	Erick	Santiago	camacho	Riasco	4	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A	22		
13	R.C	1150956787	Azli	Zahomy	Renteria	vergara	2	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A	21		
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	13
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADORA UDS

Yeimis copete
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): _____ YENNY VANESSA QUINTERO CC_____ 1028180493
Código CUENTAME UDS: _____ 7610900057773 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_ LO:
Dirección UDS: _____ CALLE LARGA RIO DAGUA Teléfono UDS: ___ ##

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMERE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1235146821	YERLIN	ALEXA	MOSQUERA	DIAZ	3	5			22		
02	RC	1235146582	DAILA	SAMANTHA	MOSQUERA	MINA	3	11			22		
03	RC	1113376105	NEYLAN	VICTORIA	ECHAVARRIA	MINA	2	2			22		
04	RC	1111928902	LEINNY	GISSELL	MURILLO	MONDRAGON	2	7			22		
05	RC	1235147245	ASHLY	DAHIAN	CAICEDO	MONDRAGON	2	8			22		
06	RC	1111929008	GELMY	KATALEYA	NAVARRO	MONDRAGON	2	6			22		
07	RC	1111929163	LUIS	FERNANDO	MINA	MINA	2	5			22		
08	RC	1111929244	CARLOS	EDUARDO	GARCES	ANGULO	2	4			22		
09	RC	1111929138	LENNIS	JOSE	MOSQUERA	MINA	2	6			22		
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL 22		

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

COORDINADOR(A) UDS

YENNY VANESSA QUINTERO TORRES
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Edelma Arroyo cc 38469905
Código CUENTAME UDS: 7610900058456 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Winnie Pooh
Dirección UDS: Telefono UDS: 3054035776

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1235147116	Heitan	Yoan	Suarez	Erueso	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
02	RC	1235147347	Everly	Zaimara	Riascos	Perea	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
03	RC	1235148159	Eliot	David	Cordoba	Manyoma	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
04	RC	1235147232	Danna	Yelen	Riascos	Perea	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
05	RC	1150955418	Milagros		Sinisterra	Valencia	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
06	RC	1111927348	Sara	Liceth	Riascos	Rivas	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
07	RC	1111927177	Jose	Mateo	Celorio	Garces	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
08	RC	1235148003	Emma	Yoyori	Celorio	Garces	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
09	RC	1235147124	Maikel	Yoel	Ramos	Arboleda	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
10	RC	1235147516	Alexa		Valencia	Renteria	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
11	RC	1150955003	Shayry	Jeslyny	Angulo	Aragon	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
12	RC	1235146659	Luis	David	Caicedo	Ortiz	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
13	RC	1111929129	Mariana		Valencia	Celorio	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Edelma A.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/05/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS: FUNDACIÓN FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES:
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Mabel Riascos
cc 31600803
Código CUENTAME UDS: 7610900009569
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Dirección UDS: Bajo Firme Calle ramón 15-69
Teléfono UDS: 3137131268
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1232819190	Yeiran	daley	Riascos	Riascos	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1111149074	Kelian	Jair	Fernandez	Bonguera	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RC	1111925525	Chaira	Nahomy	Gamboa	Estupiñan	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RC	1112070513	Kilian	Yiro	Gamboa	Caicedo	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
05	RC	1115467 63	Kilian	Samir	Zamora	Hurtado	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
06	RC	1154670 75	Thiago	Stiven	Mosquera	Mosquera	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
07	RC	1130455430	Amber	Shailyn	Garces	Garces	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
08	RC	1111926200	Brian	Colet	Perlaza	Montenegro	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
09	RC	1115468109	Jhon	Howar	Rentería	Valleçilla	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
10	RC	1111927757	Ayra	Tatiana	Rentería	arroyo	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
11	RC	1111927419	Sofia	Ahany	Valencia	Siniestrra	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Mabel Riascos Agudelo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

Versión 2

Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Publico

CENTRO POR: FUNDACION FUNDACOBA

7601015207b

Septiembre

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

Mayerlin Mora M

7610900081843

Cra 56a #12 cobo

38-472847

Los Consentidos

3206765618

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA. SEMANAS					TOTAL MENSUAL	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	RC	1111926787	JENIFFER	ALHANA	RODRIGUEZ	VILLEGAS	4	1	LMMJVLMMJVLMMJVLMMJVLMMJV	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	PAAAA	22	
02	RC	1115466443	MIA	SAMARA	NUÑEZ	SINISTERRA	5	1	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	LAAAA	22	
03	RC	1150956251	SHELMY	YULIANA	ANGULO	CAICEDO	3	5	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAA	22	
04	RC	1111925800	NAYLIN	SUSANA	GAMBOA	BENTERIA	5	1	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAA	22	
05	RC	1078666806	JHANIS	CAMILA	BRAVO	MOSQUERA	3	2	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAA	22	
06	RC	1235147105	GIJAN	DAHARY	MONTAÑO	CORDOBA	3	1	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAA	22	
07	RC	1111926425	KILIAN	SAUER	ANGULO	VALENCIA	4	7	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAA	22	
08	RC	1235146728	DHABA	UHAEL	CARDENAS	POSSO	4	6	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAA	22	
09	RC	1113376772	LIZ	CELESTE	ANCHICO	BENTERIA	2	0	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAA	22	
10	RC	1150955821	ETHAN	ANDRES	AGUIÑO	MOSQUERA	3	10	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAA	22	
11	RC	1235145827	JOHAN	ANDRES	POSSO	PINILLO	5	0	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAA	22	
12	RC	1150956639	IAN	SAMUEL	PISCO	PALACIOS	2	9	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	AAAAA	22	
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															

TOTAL 22

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

COORDINADOR(A) UDS

Mayerlin Mora M

RESPONSABLE DE GRUPO

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

LOS DATOS PERSONALES CONTENIDOS SON TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

Versión 2 | Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): DORA MARIA TORRES CC 31377215
Código CUENTAME UDS: 5010900086590 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: Los Honguitos
Dirección UDS: CRA 21-05 BARRIO CASCAJAL Teléfono UDS: 3126007603

Hoja ___ de

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA, SEMANAS																						TOTAL ASISTENCIAS
			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	RC	1111926158	CARLOS	ALEXIS	VERGARA	BRAVO	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A	
02	RC	1111926159	LAUREN	ALANA	VERGARA	BRAVO	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	
03	RC	1111926902	DAVIDA	MASSIEL	VALENCIA	DIAZ	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
04	RC	1111930-103	LUCIANA		OLAYA	GAMBOA	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
05	RC	1150955219	JOSE	DAVID	QUIÑONEZ	NUÑEZ	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
06	RC	1115465532	ISABEL	SOFIA	MATAMBA	CANDELA	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
07	RC	1115468091	MAXIMILIANO		CASANOVA	MAYA	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A	
08	RC	1047523438	ELIZABETH	YARETH	BELEÑO	HURTADO	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A	A	
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

DORA MARIA TORRES RIASCOS
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la información: Pública

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Yenni Enith A CC:
Código CUENTAME UDS: 76109000584779 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS Bebitos
Dirección UDS: Barrio El Ruiz cra 62a calle 2 Teléfono UDS: 3177177512

Hoja ___ de ___

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111928799	Luz	Cattleya	Narvaez	Aduncola	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
02	RC	1235146804	Kilian	Jesus	Angulo	Cortes	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
03	RC	1235147171	Lia	Roxana	Moreno	Rentería	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
04	RC	1235146000	Keyshani	Thaell	Diaz	Angulo	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
05	RC	1115467587	Karen	Liceth	Mina	Angulo	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
06	RC	1111929768	Oscar	Alexander	Salazar	Asprilla	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
07	RC	1235147666	Genesis	Naila	Gonzalez	Gomez	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
08	RC	1235148090	Ally	Adhara	Hinestroza	Cortes	1	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

TOTAL

3

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

COORDINADOR(A) UDS

Yenni Enith Angulo A
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS INCORPORADOS AQUÍ SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF VIGENTE

G12U20

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS: FUNDACIÓN FUNDACOBA
NIT: 9150923177-4
MES: Septiembre.
NÚMERO DE CONTRATO: 760101152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Ingrid Y. Longa. CC 1.111.750.198
Código CUENTAME UDS: 76100000818 4-4
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Manitas creativas
Dirección UDS: K 57B C/18 Sur B - Ant. Nar
Teléfono UDS: 3153984136

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1111825802	Emilin	Dayana	Salazar	Riascos	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
02	RC	1150955608	Yaili	Sarai	Murillo	Angulo	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
03	RC	1111927381	Ledy	Yulieth	Ocoró	Mosquera	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
04	RC	1235145429	Juan	David	Alomia	Riascos	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
05	RC	1111925609	Jesús	Adrian	Rivera	Quintero	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
06	RC	1113375727	Jesiah	Deniel	Grueso	Caceres	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
07	RC	1111929335	Kendall	Alana	Cangá	García	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
08	RC	1111930962	Howen	Noat	Valencia	Ganga	1	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
09	RC	1111926770	Alisson	Anaya	Alomía	Rivera	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

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

TOTAL

COORDINADOR(A) UDS

Ingrid Yessenia Longa
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Confidencial: La información contenida en este documento es de carácter privado y confidencial

Los datos personales serán tratados de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales del ICBF establecida en la web

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS: FUNDACIÓN FUNDACOBA
NIT: 805020177-4
MES: SEP.
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO: 2026 76010152026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Mara Montaño CC 31586131
Código CUENTAME UDS: 7690000084795
Nombre Unidad de Servicio / Unidad de Atención: Los Angeles
Dirección UDS: Kr 63 # 12-190-Calle 12
Teléfono UDS: 3128269783

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1150955663	Luis	Derek	Diaz	Montaño	5	2		22		
02	RC	1150955870	Edil	Camilo	Conga	Castro	3	8		22		
03	RC	1150951991	Killian	Manuel	Malaga	Mendoza	4	10		22		
04	RC	1150956255	Gael	Alexander	Angulo	Rosado	3	3		22		
05	RC	1143883213	Maria	Isabella	Rodriguez	Solis	3	7		22		
06	RC	1154671810	Erick	Samuel	Cordelo	Rosendo	4	5		22		
07	RC	1143883217	Aaron	David	Fernandez	Hurtado	4	2		22		
08	RC	1150955505	Jada	Antonela	Ancisco	Valencia	4	2		22		
09	RC	1133759723	Ian	Sterling	Lerma	Montano	2	9		22		
10	RC	1154671163	Walter	Joel	Montaño	Bertrankort	4	11		22		
11	RC	1111928373	Jacob	Mauricio	Aguilar	Chala	2	11		22		
12	RC	1114288180	Arlen	Juanca	Celedo	Rochico	3	7		22		
13	RC	1150957021	Nahan	Zahir	Gil	Toro	1	4		22		
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 22

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	13 NIÑOS
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento no controlado debe COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	8/5/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDSI: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: [illegible]
MES: Septiembre
MATRIZ DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo/a: Sukidi P.U
CC: 1111753652
Código CUENTAME UDS: 76109000 81836
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Los bulliciosos
Dirección UDS:
Teléfono UDS: 3154321541

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No.	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1119266619	Jeiler	Yadiel	Mosquera	Rivas	4	7	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22		
02	RC	1111928910	Mariel	Isabel	Martines	Mosquera	2	9	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22		
03	RC	1115466536	Blainer	Steven	Sinisterra	Benitez	4	11	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22		
04	RC	1115467355	Luz	Mayerling	Valencia	Angulo	5	1	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22		
05	RC	1115467647	Albert	Zaid	Viafara	Valoy	3	3	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22		
06	RC	1115467515	Deilin	Alana	Mondragón	Mosquera	3	11	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22		
07	RC	1235145474	Hasblidi		Gamboa	Mosquera	5		AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22		
08	RC	1111930736	Ana	Lucia	Rivas	Caicedo	1	10	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA	22		
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL			

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

[signature] COORDINADOR(A) UDS

Sukidi P.U
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/5/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 800023177-4
MES: Septiembre
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2026

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Domitila Aspilla Bedoya CC 66745891
Código CUENTAME UDS: 7610900091687
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención los simpson
Dirección: CR32 B# 4-81 B: Kennedy
Teléfono UDS: 3104230747

Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																										
01	RC	1234202162	EILIN	ZOE	HURTADO	CAICEDO	4	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
02	RC	1235146975	AIDEN	JASIR	NAVARRETE	VALENCIA	3	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
03	RC	1150956785	ANTONELLA		CAICEDO	HURTADO	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
04	RC	1115467679	IAM	JAMPIER	SINISTERRA	LOPEZ	3	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
05	RC	1235146781	MAICOL	GABRIEL	RENTERIA		3	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
06	RC	1150956437	KAYLEM	CHARY	SUAREZ	GONZALEZ	3	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
07	RC	1111929725	THIARY	YAHANNY	SINISTERRA	ANGULO	2			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
08	RC	1111927904	ALLISON	GISELLE	MORENO	MORENO	3	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
09	RC	1111929163	KENDRICK	JOAO	QUIÑONEZ	MOSQUERA	2	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
10	RC	1111928937	AISHA	NAILEA	GARCIA	GODOY	2	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
11	RC	1196716441	JIRETH	MARIANA	BENITEZ	RAMIREZ	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 11
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) EA

Domitila Aspilla Bedoya.
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

2

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805023177-4
MES: Septiembre
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Francisca SC
Código CUENTAME UDS: 76109000057639
Dirección UDS: Cra 48A 1Sur 360
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC:
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Teléfono UDS: 3126492332
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1111926581	Ansel	Estiwar	Gamboa	Renteria	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A			22		
02	RC	1111927526	Anthony	Zaid	Salaj	Castillo	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
03	RC	1111928900	Leison	Fabian	Renteria	Caicedo	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A			22		
04	RC	1113375002	Keilin	Yasary	Bravo	Caicedo	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A			22		
05	RC	1144003089	Leiner	Samir	Antonelo	quiñones	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
06	RC	1150956254	Deilin	Maria	Mermejo	Caicedo	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A			22		
07	RC	1111929350	Emma	Valeria	Mosquera	Delgado	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A			22		
08	RC	1111929351	Omar	Ivan	Mosquera	Delgado	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A			22		
09																											n								
10																											p								
11																											e								
12																											d								
13																											a								
14																											g								
15																											ó								
16																											g								
17																											i								
18																											c								
19																											a								
20																																			
																											TOTAL								

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

COORDINADOR(A) UDS

Francisca S.C
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PUBLICADA EN EL SIPE Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/5/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 800023177-4 NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: Septiembre AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Connie Rentería CC 1111.768.583
Código CUENTAME UDS: 761090008186O Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Dirección: Bellavista 46 Teléfono UDS: 3135375048

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	Rc	1111918184	Sorid	Dayana	Quiñonez	Bramero	3	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
02	Rc	1111928323	Christine	Jara	Gamboa	Valencia	3	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
03	Rc	1232818654	Emanuel		Valoy	Rivas	4	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
04	Rc	1109575654	Jesus	Alberto	Ocoro	Olaya	3	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
05	Rc	1111926588	Criss	Deiby	Estupiñan	Olaya	4	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
06	Rc	1111924715	Liam	Santiago	Garces	Panameño	2	9		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
07	Rc	1111928445	Mayis	Gabriela	Bedoya	Lugo	3			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
08	Rc	1111929068	Milan	Noah	Benitez	Rodriguez	2	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
09	Rc	1233949995	Mauren	Sofia	Quintero	Miranda	4	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
																																TOTAL	22	

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

COORDINADOR(A) EA

Connie Rentería Cuesta
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP Versión 2	5/03/2026 Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o FDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo: Flor M. Cn CC: 6944326
Código CUENTAME UDS: 7610900056134 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Super Amigos
Dirección UDS: Kra 47a Parte 15-10 Teléfono UDS: 3175962476

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111929241	Jesus	David	Valencia	Aramburo	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1111927710	Andres	felipe	Siniestera	Hleg̃a	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RC	1111929330	Luis	Carlos	Soliz	Mosquera	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RC	1113375147	Elder	Danay	Hansen	Pandales	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
05	RC	1113375766	Briano	Lisandra	Cuero	Caicedo	3	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
06	RC	1112411583	Dilan	Andres	Cuanta	Daza	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
07	RC	1150956697	Karol	Daimara	Bonilla	Arrú	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
08	RC	1192283354	Merlin	Daniela	Arrieta	Mosquera	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	22		

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

Luz Eu R.S. — COORDINADOR(A) UDS
Flor Mary Caicedo V.S. — RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA

NIT: 805023177-4

MES: septiembre

NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026

AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE DEL CAUCA

Nombre Agente Educativo (a): Columbia tores

Centro Zonal: BUENAVENTURA

Municipio: BUENAVENTURA

Hoja ___ de ___

CC 31386321

Código CUENTAME UDS: 76109000725O2

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Tom y jerry

Dirección UDS: CRA 32B colli 3a #32a 01 sanfrancisco de asis

Teléfono UDS: 3146691457

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1085554708	Juan	David	Morales	portocarrero	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
02	RC	1111926080	Jhan	Franco	Mendoza	VARGAS	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
03	RC	1111926304	Mia	Thailany	Murillo	solis	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
04	RC	1235147771	Eithan	David	Palacios	valencia	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
05	RC	1115467026	Jayden	David	Hernandez	ARboleda	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
06	RC	1150956651	Brayan	Smith	Castillo	valencia	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
07	RC	1111928540	Eiling	MARIELA	Estupiñan	Mina	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
08	RC	1235145906	Kiara	Camila	Rentería	Rodriguez	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
09	RC	1111931152	Reychel	Katalexya	Moreno	Torres	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
10	RC	1235145276	Adriana	Lucia	Anchico	Murillo	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
11	RC	1115467489	Tammy	ZOE	Luna	Sinisterra	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

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

TOTAL

Luz Enid S
COORDINADOR(A) UDS

Columbia tores
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚVERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Stefany Mena cc 1.006.201.887
Código CUENTAVE UDS: 76109000823 48 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los conejitos
Dirección UDS: B. Capricho Cr 20 - Cll 39 Teléfono UDS: 3026400189

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚVERO DOCUVENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1111928769	Shelsy	samantha	Ruiz	Ramos	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A			22		
02	RC	1111928819	keiry	keinary	peñaloza	caicedo	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A			22		
03	RC	1111928876	keyvin	Gael	lopez	Balanta	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A			22		
04	RC	1115467435	Maria	Victoria	Angulo	garcia	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A			22		
05	RC	1115468149	Luis	Xadier	Riascos	Obando	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
06	RC	1111929914	Leithan	Joseph	Quintero	Medina	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A			22		
07	PPT	8121958	Thiago	Alejandro	Matheus	Carrasquero	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A			22		
08	RC	1115467103	Jose	Yael	Ante	Victoria	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A			22		
09	RC	1115467627	Alinson	yireth	Valencia	Victoria	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A			22		
10	RC	1111930928	Einer	Yael	Rodriguez	Riascos	1	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A			22		
11	RC	1111930941	Yestin	Alexander	Solis	Riascos	1	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
12	RC	1111930541	Alex	Samuel	Caicedo	Candelo	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A			22		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL			

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

Luz Erazo
COORDINADOR(A) UDS

Stefany M.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	5/06/2026
	Versión 2	Página 1 de 2
FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS : FUNDACOBA
NIT: 900284514-7 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152025
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Leidy Jhoana CC 1111793750
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Hogar los Primos
Dirección UDS: Cr 38 A 59 C 117 A Teléfono UDS: 3113219509

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1111925638	Rosa	Isabel	Torres	murillo	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
02	RC	1111926131	Joel	Alfredo	Grueso	Palacios	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A		22		
03	RC	1111927870	Austin	Sneider	torres	murillo	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
04	RC	1150956773	Luz	Brany	Castillo	Torres	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A		22		
05	RC	1196763 73	samuel	caleb	mosquera	Reina	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A		22		
06	RC	1232818237	Estefan	samanta	Valencia	Cuero	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A		22		
07	RC	1235147131	monserrath		Lopez	Diaz	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A		22		
08	RC	1113376036	maximiliano		Sanchez	Cuero	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A		22		
09	B																											N							
10																												D							
11																												D							
12																												G							
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	22		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	08
	TOTAL MUJERES 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACIÓN FUNDACOBA
NIT: 230923177-4
MES: septiembre
NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Gloria A. Lerma
CC: 38467450
Código CUENTAME UDS: 7610900031882
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: mi Caminito
Dirección UDS: Cra 47D # 9-44
Teléfono UDS: 3163628891
Hoja ___ de ___

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1119282203	Iam	Yair	Caicedo	Orozco	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1153376387	Laila	Gabriela	Cuero	Riascos	1	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RC	1154669726	Jhoandri		Caicedo	Mosquera	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RC	1235147113	Thiago	Joel	Borilla	Hurtado	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A I A A	22		
05	RC	1154673915	Jeilin	mariam	Riascos	Gamboa	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A	22		
06	RC	1095723475	Jose	Ismael	Rivas	Renteria	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A S A A A	22		
07	RC	1154672940	Gabriel	matias	Cuero	Riascos	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A I A A A	22		
08	RC	1153375697	Kiliam	Samir	Mosquera	Mosquera	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A S A A A	22		
09	RC	1119278556	Jhosuar	fernando	Jimenez	Riascos	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A P A A A	22		
10	RC	1150955058	Yerling	Alanna	Hurtado	Cuero	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Gloria A. Lerma
COORDINADOR(A) UDS

Gloria A. Lerma
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	6/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS : FUNDACOBA
NIT: 800234914-7 NÚMERO DE CONTRATO: 7601815225
MES: SEPTIEMBRE AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): DIALA P. B.G CC: 38474624
Código CUENTAME UDS: 76109010086596 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS 4 HERMANOS
Dirección UDS: Bamaluala Cra 28 #7-38 Teléfono UDS: 3107807574
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111926988	ISABEL	DAYANA	MURILLO	MINA	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A A A	22		
02	RC	1113375961	LIAM	GAEL	TORRES	RODALLEGA	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A	22		
03	RC	1150956508	THAILIN	MARTINA	BLASCOS	BLASCOS	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A F A A A	22		
04	RC	1113375977	ISAIAS		SINISTERRA	CORREA	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A L A A A	22		
05	RC	1111926890	MARIANGELA		CUERO	RENTERIA	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
06	RC	1115467969	WASHINTON	GAEL	SANCHEZ	VENTE	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A X A A A	22		
07	RC	1111926890	ZOEY	KAILANY	GRUESO	FLOREZ	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A I A A A	22		
08	RC	1150956187	AILEEN	YANARA	CAICEDO	TOTA	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A O A A A	22		
09									N			
10									O			
11									E			
12									D			
13									A			
14									G			
15									O			
16									G			
17									L			
18									E			
19									A			
20												
									TOTAL			

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

Luz Ca QS
COORDINADOR(A) UDS

Diala P. B. G.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS : FUNDACOBA
NIT: 900284914-7 NÚMERO DE CONTRATO: 7601015202025
MES: septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): ANA Milena angulo M. CC 38-466063
Código CUENTAME UDS: 7610900081542 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: las conchas
Dirección UDS: Cra 44 4 sur 133 Teléfono UDS: 3124597351

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1154678823	mia	celeste	Doria	tello	2	11	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / R A A A A		22		
02	RC	1154626	chelsy	andrea	Valoyra	caicedo	4	3	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A E		22		
03	RC	1159562226	Hilian	Jose	Grueso	Valoyra	3	3	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A		22		
04	RC	1119278776	Edward	Julian	Rentoria	castillo	2	9	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A I		22		
05	RC	1150955449	Keyssi	Isabela	Rivas	Diaz	4	2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A E		22		
06	RC	1160956816	Daily	celeste	Rentoria	Rentoria	7	11	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A C		22		
07	RC	1135147588	Keilin	Naomi	Rivas	Diaz	1		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A C		22		
08	RC	1119278343	Eliani	Perley	Sinisterra	cardenas	3	1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A		22		
09	RC	1150956923	Tam	Dani	murillo	anollo	1	7	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A		22		
10	RC	1133376280	Gael	Ethan	portoloza	Rivas	1	10	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A		22		
11	RC	1119278630	Kristel	Daxan	Gumba	Bonilla	5	3	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A		22		
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	22		

Verificación De Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

ANA Milena angulo M.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

Versión 2 | Página 1 de 2

Clasificación de la información: Pública

EAS o PDG : FUNDACOBIA
NIT: 900224514-7 NÚMERO DE CONTRATO: 7601151202023
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Sandra P Bangura R cc 38546920
Código CUENTAME UDS: 7610900d577d1 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Caritas Felices
Dirección UDS: Cra 48 calle 10 Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111928251	Maicol	Daniel	Prado	Gamboa	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1111927521	Lan	Yousefff	Hurtado	Angulo	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RC	1150955499	Bryand	Yael	Arboleda	Lopez	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RC	1115467986	Valery	Samary	Sanchez	Navia	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
05	RC	1111929832	Isis	Dange	Riascos	Zamora	1	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
06	RC	1111929681	Mady	Natalia	Bonilla	Castillo	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
07	RC	1113376030	Mia	Samara	Valencia	Hinestroza	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
08	RC	1111929651	Kilian	Sair	Hurtado	Sinisterra	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL

N = No Asistió
P = Permiso
D = Desplazamiento
G = Gripa
A = Asistió
C = Cancelado

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

COORDINADOR(A) UDS

Sandra Patricia Bangura Ramos
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento no tiene validez sin firma

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS : FUNDACOBA
NIT: 900284514-7 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152025
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Rosa castro c
Código CUENTAME UDS: 7610900057704
Dirección UDS:
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC 29254453
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Kondortos
Teléfono UDS: 3225958426
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		1111927340	Jesus	Adnen	Ibargoen	Sinisterra	3	8	AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	22		
02		1115466793	Eryck	Daniel	Garces	Valoy	4	8	AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	22		
03		1111926837	Brithy	Sofia	Rivas	Hurtado	4	3	AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	22		
04		1111926549	Maiber	Orley	Rentería	Moreno	3	5	AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	22		
05		1107541399	Victor	Josue	Meza	Rentería	4	8	AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	22		
06		1115467539	Benjamin		Sisterra	Angulo	3	8	AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	22		
07		1111929033	Yhenier	Andres	Mosquera	Riascos	2	5	AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	22		
08		1150955865	Braslly	Yuliana	Garces	Riascos	3	8	AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	22		
09		1150956179	Keiner	Joel	Sanchez	Arboleda	3	6	AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	22		
10		1235146709	Samir	Riascos	Martinez		3	6	AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	22		
11		1111929498	Kaileen	ADHARA	Diaz	Romero	2	3	AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAAAA	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Rosa castro Caicedo.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o POS: FUNDACIÓN FUNDACOSA
NIT: 900023177-4
MES: Septiembre
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB
NÚMERO DE CONTRATO: 760101520262
AÑO: 2026

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Estefania Valencia
Código CUENTAME UDS: 7610900034876
Dirección UDS: Cra 32 C# 4B # 32-32 Kennedy
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC. 1111799286
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los chamitos 2
Teléfono UDS: 3183803590
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1115467795	Mia	Salem	Martinez	Valencia	3	0	AAAAAAAAAAAAAAAAAAARAAA	22		
02	RC	1115467402	Celeste		Orozco	Rivera	4	1	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAEAAA	22		
03	RC	1150955017	Henderson	Adrian	Nuiteño	Alomia	4	9	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAFAAA	22		
04	RC	1086059326	Sara		Perlaza	Moña	3	7	AAAAAAAAAAAAAAAAAAALAAA	22		
05	RC	1113375819	Genesis	Alaia	Espinosa	Mina	3	0	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAEAAA	22		
06	RC	1113375320	Franklin	Eduardo	Ramos	Perozo	4	2	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAXAAA	22		
07	RC	1150955076	Samara		Miranda	Bonilla	4	6	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAIAAA	22		
08	RC	1144049929	Jhean	Sthevan	Valencia	Guaitoto	2	2	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAOAAA	22		
09	RC	1078694479	Doylan		Quiro	Gonzalez	4	4	AAAAAAAAAAAAAAAAAAANAAA	22		
10	RC	1141225489	Adlyns	Esmeralda	Perez	Flores	4	4	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAPAAA	22		
11	RC	1115467366	Thiago	Gael	Rivas	Banguera	4	2	AAAAAAAAAAAAAAAAAAADAAA	22		
12	RC	1111929455	Liam	Gael	Mancilla	David	2	2	AAAAAAAAAAAAAAAAAAAGAAA	22		
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	22		

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

[signature]
COORDINADOR(A) UDS

Estefania Valencia
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	05/06/2025
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS : FUNDACOBA
NIT: 900284514-7 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152025
MES: Septiembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Marluz Rivas CC 66.738.622
Código CUENTAME UDS: 7610900057644
Dirección UDS: Barrio Doña Cleo Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La Milagrosa
Teléfono UDS: 3173594242

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1.111.926.823	Alix	Dayana	Sanchez	Mosos	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	FC	A	A	A			22		
02	RC	1.235.149.477	Erik	Daniel	Victoria	Hurtado	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	FC	A	A	A			22		
03	RC	1.235.145.879	Deilin	Johana	Victoria	Hurtado	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	FC	A	A	A			22		
04	RC	1.144.003.717	Elis	Samara	Palacios	Palomino	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	DM	A	A	A			22		
05	RC	1.235.145.406	Briney	Eliana	Gamboa	Rivas	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	FC	A	A	A			22		
06	RC	1.144.005.170	Maria	Antonela	Hurtado	Aspilla	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	DC	A	A	A			22		
07	RC	1.113.374.907	Melany	Zoe	Valleio	Velasco	5	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	DC	A	A	A			22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Marluz Rivas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION Y PREVENCION

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Version: 2	Página 1 de 2

Clasificación de la información: Pública

EAS o PDS : FUNDACOBA
NIT: 900284514-7 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152025
MES: Septiembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Ana Jency Valencia A. CC: 1111740510
Codigo CUENTAME UDS: 7610900057787 Nombre Unidad de Servicio: Santa Teresa
Direccion UDS: Cra 49 Dig 1 cur Tel. Fijo UDS: 316-6970588

Hoy: ___ de ____

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																						TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	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	RC	1115467237	Kiana	Yajani	Riascos	Montaño	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F. FESTIVO	A	A	A		22		
02	RC	1150955885	Dainy	Lizeth	Renteria	Scarpeta	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F. FESTIVO	A	A	A		22		
03	RC	1109577419	Lian	Andres	Sinisterra	Solis	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F. FESTIVO	A	A	A		22		
04	RC	1111929098	Maria José		Montaño	Moreno	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F. FESTIVO	A	A	A		22		
05	RC	1111925622	Aland	Matias	Garcia	Arroyo	5	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F. FESTIVO	A	A	A		22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	03
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Jency Valencia.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Copia controlada disponible en medio magnético en la Intranet del ICBF

LOS DATOS PROPORCIONADOS NO PUEDEN SER USADOS, NI ACOPIADOS PARA FINES DIFERENTES A LOS ESTABLECIDOS EN LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS : FUNDACOSIA
NIT: 900234514-7 NUMERO DE CONTRATO: 7601015282S
MES: septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Sub-zona: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Rosalbina Albornoz cc 66.734.987
Código CUENTAME UDS: 7610900052781 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Angelitos
Dirección UDS: Teléfono UDS: 3154357610

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		CDAC		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111930139	Mateo		Godoy	Castro	5		AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAA	AAA	22	
02	RC	1113375774	Celeste		Valleilla	Vanegas	3	8	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAA	AAA	22	
03	RC	1194003974	Derling	Lichany	Candelo	Garcés	3	1	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAA	AAA	22	
04	RC	1113375574	Hellen	Keilani	parra	Campaz	3	9	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAA	AAA	22	
05	RC	1275148560	Jhonatan		Cruezo	piedrahita	3	8	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAA	AAA	22	
06	RC	1115467121	Kilian	Andres	Hinota	Gamboa	4	2	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAA	AAA	22	
07	RC	1111928542	Theilor	Neth	Mosquera	Mosquera	3	7	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAA	AAA	22	
08	RC	3059049622	Maiker	stiben	Manyoma	Rascos	3	6	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAA	AAA	22	
09	RC	1113375726	Axel	assian	Garcia	Aramburo	2	6	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAA	AAA	22	
10	RC	1135147875	Ian	stiben	Cruezo	piedrahita	1	5	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA AAA	AAA	22	
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Rosalbina Albornoz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Custodiamos copias electrónicas de este documento en cumplimiento de la TABLA DE RETENCIÓN DOCUMENTAL.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LO QUE LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES ... LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACIÓN FUNDACOBA
NIT: [illegible]177-4
MES: Septiembre
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Heyi Paola V. H.
CC 38471884
Código CUENTAME UDS: 7610900057835
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El encanto
Dirección UDS: Cragesor la Unión
Teléfono UDS: 3158297357

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)

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	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1.111.3374884	Yorlin	Sti	Sinisterra	Sinisterra	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A			22		
02	RC	1.235.746.641	Leiner	Alexis	Payan	Sinisterra	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
03	RC	1.111.927.679	Maximiliano		Viveros	Madrid	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A			22		
04	RC	1.150.956.722	Catleya		Ocampo	Rioscos	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A			22		
05	RC	1.196.716.581	Thiago		Rodriguez	Valencia	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
06	RC	1.150.956.787	Jose	Abel	Mejia	Sinistera	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A			22		
07	RC	1150.956.477	Heilyn	Adara	Mosquera	Ordoñez	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A			22		
08	RC	1.150.937.038	Heylam	Josué	Guerrero	Caicedo	7	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A			22		
09	RC	1.150.956.969	Efrain		Angolo	Valencia	7	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A			22		
10	RC	1.235.747.887	Emily	Zoé	Angulo	Valencia	7	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A			22		
11	RC	1.150.956.939	Vaniha	Jassmin	Madrid	Viveros	7	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
12	RC	1.150.956.815	Yaneiry		Quiñonez	Rodriguez			A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A			22		
13																													A								
14																													G								
15																													O								
16																													G								
17																													I								
18																													C								
19																													A								
20																																					
																																	TOTAL			

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

[signature] COORDINADOR(A) UDS

Heyi Paola Valencia Hinojosa
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION Y PREVENCION

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

SEMTLPP	3/06/2025
Versión: 3	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Publica	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACODA
NIT: 805023177-4 NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: 09 AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Sara Rodriguez CC 66945768
Codigo CUENTAME UDS: 76109000056113 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Bullicosos
Direccion UDS: olimpico kra 44 - 7 sur Telefono UDS: 3165829271

Hoja ___ de ___

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111930454	Breylin	Dahiana	Lopez	Celorio	1	7	A A A A A A A A I I I I I I I I I A	11		
02	RC	1111930862	Lennys	Josue	Renteria	Angulo	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RC	1111930439	Anver	Michel	Caicedo	Perlaza	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RC	1111928822	Deon	Yael	Ordoñez		2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
05	RC	1115467754	Jessivel	Ailen	Castillo	Plaza	3	2	A A A A A A A A A I I I I I I A I A	14		
06	RC	1111925322	Thiago	Andres	Quiñonez	Martinez	5		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
07	RC	1086199268	Mirley		Ocoro	Caceres	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
08	RC	1111929258	Aiken	Karl	Cuero	Ruiz	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
09	RC	1111926224	Emely	Yajaira	Cuero	Ruiz	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Sara Mª Rodriguez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP | 6/5/2025
Versión 2 | Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública

CAS o PDS : FUNDACOBA
NIT: 900284514-7
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152025
MES: Septiembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Yaneth Olaya R
Código CUENTAME UDS: 76109000084804
Dirección UDS: Cr 34 Nro 3-40 Barrio San Francisco
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC 66 730 468
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los nomos
Teléfono UDS: 3172677112
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	Tipo Doc.	Número Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad Años	Edad Meses	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta	Asistencias	Inasistencias	Causa de Retiro
01	Re	1111466788	Astrid	Dayana	Rioseos	Estupiñan			AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
02	Re	1111925655	Brayan	Yoshua	Caicedo	Cerón			AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
03	Re	1113375881	Dhayrin	Yaretzi	Celorio	Perea			AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
04	Re	1113375272	Dean	Stiven	Rico	Reina			AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
05	Re	1109939749	Emmanuel		Ossa	Angulo			AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
06	Re	1111930254	Iris	Ainhara	Micolta				AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
07	Re	1111928095	Leniree	Joliet	Balanta	Hurtado			AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
08	Re	1113376087	Lauren	Zoe	Alomia	Hurtado			AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
09	Re	1113375952	Liam	Angel	Nova	Reina			AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
10	Re	1111927217	Liam	Josue	Vallecilla	Riascos			AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
11	Re	1113375643	Mia	Isabel	Torres	Vargas			AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
12	Re	1150955545	Marlon	Elian	Portocarrero	Estupiñan			AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
13	Re	1111927237	Otto	Zaid	Zamora	Banguera			AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA	22		
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Yaneth Olaya R
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Scanned with

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	6/5/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDG: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES: Septiembre
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Yovanis Zamora CC 38472116
Codigo CUENTAME UDS: 7606082025
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: El Milagro
Direccion UDS:
Telefono UDS: 3118960574
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	RC	1125546666	Thoel	Stwan	Zamora	Fernandez	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22	
02	RC	1154676888	Zuleidy		Cuero	Valdes	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22	
03	RC	1111509552 7	Brooklin		Angulo	Valencia	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22	
04	RC	1235646239	Emily	Fernanda	Aguirre	Murillo	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22	
05	RC	1235147625	Ashley	Liveth	Angulo	Ortiz	1	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22	
06	RC	1235147434	Sara	Yisel	Paz	Mina	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22	
07	RC	1196916 03	Jeimar	Josue	Paz	Mina	5	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22	
08	RC	1111928646	Mario	Paola	Valencia	Boya	2	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22	
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Yovanis Zamora A
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 PERSONALES RECOLECTADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	05/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: September AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Lucy Panchano CC 66747872
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI2 Hogar
Dirección UDS: Cr 77 C 11 A Nuevo Horizonte Teléfono UDS: 3128793416
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	117171388	Luz	Maria	Suarez	Salazar	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
02	RC	1115467739	Ana	Lucia	Rodallega	Tovar	3		A A A A I A A A A A A A A A A A A A A A		22		
03	RC	1150955324	Karen	Milexi	Panameño	Achito	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
04	RC	1115467991	Elizabeth	Sofia	Rodriguez	Varin	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A I		22		
05	RC	1235148076	Amara		Perlaza	Mosquera	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E		22		
06	RC	11192749	Kilian	Josue	Ramirez	Riascos	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A X		22		
07	RC	1235145691	Jainer	Alejandro	Rodriguez	Rentena	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A I		22		
08	RC	1235147208	Samuel		Moreno	Bolaños	2		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A O		22		
09	RC	1115466879	Zaid	Adrian	Cordoba	Riascos	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A N		22		
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	22		

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

Luz Ma R S
COORDINADOR(A) UDS

Lucy Panchano
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.SIT1_PP	6/6/2028
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDE (FUNDACION FUNDACION):
NIT 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Mery Yulieth M ☎1111873232
Código CUENTAME UDS: 76109000084370 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Caperucita roja
Dirección UDS: Cr68 C115-36 Fortaleza Teléfono UDS: 3233376180

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111929209	Rosbelh	Daniel	Riascos	Mosquera	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1113375683	Estefania		Montaño	Castillo	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RC	1115466471	Dulce	Maria	Arambuso	Serna	5	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RC	1115466796	Noah	Jose	Medina	Escobar	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
05	RC	1150955268	Kelvin	Mathias	Angulo	Legarda	4	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
06	RC	1191226462	Yastin	Jhobao	Riascos	Rosendo	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
07	RC	1232834507	Angely		Herrera	Canga	1	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
08	RC	1235146445	Yoselin		Torres	Panameño	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
09	RC	1235143320	Jercob	Damir	Gonzalez	Moreno	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
10	SD	28329146-4	Dulce	Reliadni	Gamboa	Viveros	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
11	SD	28323539-7	Jack	David	Alexis	Gonzalez	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 24

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

COORDINADOR(A) UDS

Mery Yulieth Mosquera
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA.

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

ACE Scanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): carmen Reyes cc 38465500
Codigo CUENTAME UDS: 7601900081755 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: palomitas
Direccion UDS: Telefono UDS: 3167717058

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1235145400	Anthony	Jose	Obando	Duran	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
02	RC	1111927877	Jesus	David	Valencia	Murillo	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
03	RC	1196716411	Jesus	Andres	Valencia	Aramburo	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
04	RC	1150955586	Lueth	Samiro	Cuero	Montaño	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
05	RC	1150955669	Jesus	David	Suarez	Morales	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
06	RC	1235146876	Brayan	Josue	Obando	Duran	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
07	RC	1235147383	Hanni	Camila	Caruajal	Martinez	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
08	RC	1235147546	Maria	Angel	Riascos	Arrechea	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
09	RC	1235148047	Jesiah	Isabella	Arboleda	Reyes	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	9
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

carmen M Reyes
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia o impresión de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MO12.PP	29/05/2018
Versión 3	Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVIC: FUNDACOBA
NIT: 890923177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76000882025
MES: Septiembre AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Nombre Agente Educativo (a): Amalia Cuesa
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS:

Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
CC 1977934 8
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1109576104	Gerson	Alexander	Nuñez	Llanos	3	8
02	RC	1109576108	Genesis		Nuñez	Llanos	3	8
03	RC	1236[illegible]	Wesley	Farid	Arboleda	Hina	2	6
04	RC	1119[illegible]	Eli	Katalesya	Smyterra	Valencia	2	9
05	RC	1119[illegible]	Emi	Zoe	Corosi	Valdes	2	3
06	RC	1235[illegible]	Genesis	Daniela	Candelo	Riasco	4	
07	RC	2803[illegible]	Fabio	Andres	Rodriguez	Angulo	3	8
08	RC	5267[illegible]	Joserh	Kelem	Benitez	Portocarrero	5	3
09	RC	1235[illegible]	Milagro		Candelo	Riasco	2	6
10								
11								
12								
13								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS	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		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
02		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
03		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
04		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
05		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
06		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
07		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
08		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
09		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	
10																									
11																									
12																									
13																									

TOTAL MENSUAL	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	22		
02	22		
03	22		
04	22		
05	22		
06	22		
07	22		
08	22		
09	22		
10			
11			
12			
13			
TOTAL			

Verificación de Cobertura

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 9
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) LA

Amalia Cuesa
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS: _____

NIT: 835025177-4 NÚMERO DE CONTRATO: _____ 7601575 2025

MES: Septiembre AÑO: 2026 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle Centro Zonal: _____ Municipio: Buenaventura

Nombre Agente Educativo (a): Luz nelly sanchez CC 63938897

Código CUENTAME UDS: 1690000 2328 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Enanitos Verdes

Dirección UDS: Cra. 77 - 3 - 48 Teléfono UDS: _____

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1150956157	Joel	Esteban	Paz	Obando	2	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1235747610	Dahiam	milenca	Herrera	valencia	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A E D A A	22		
03	RC	1144002539	Ingrid	sharloot	Angulo	Rasco	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A F A A A	22		
04	RC	1150955716	Emiliano		Galvis	Garcia	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A D A A A	22		
05	RC	1150145972	Yeremin	Javier	Valencia	Rasco	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A E D A A	22		
06	RC	1193010409	carlos	Andres	Garces	delgado	1	4	A A A A A A A A A A A A A A A A X A A A	22		
07	RC	1173373372	Bremer	Jose	Angulo	zamora	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A I D A A	22		
08	RC	1351145310	Sharon	Malcenay	Barguen	medina	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A D A A	22		
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 22

COORDINADOR(A) UDS

Luz nelly Sanchez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCION

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	6/5/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o POS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Ingrid L Mosquera C CC 1111758341
Código CUENTAME UDS: 2610900082362 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pequeñin
Dirección UDS: CY 5R B Antonio Nariño Teléfono UDS: 3162751998

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA, SEMANAS																										TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA								ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1111927460	Justin	alexander	Lopez	muñoz	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A						22		c
02	RC	1111927578	Laiam	yulieth	Payan		4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A						22		
03	RC	1113375372	Dafne	charlotte	Hurtado	mosquera	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A						22		
04	RC	1089006025	Josua		Payan	Angulo	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A						22		
05	RC	1150956097	Karly	nahomi	Torres	Torres	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A						22		
06	RC	1150956752	Josue		riascos	riascos	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A						22		
07	RC	1235147454	Sara	Yaretzy	Rivera	quintero	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A						22		
08	RC	1110307325	Kendrick	Gael	Bojorge	Gonzales	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Ingrid Liliana mosquera C
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

FZ7.MT1.PP	6/08/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o POS :FUNDACION FUNDACOSA
NIT 806023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 7601015 2026
MES: Septiembre AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Yndira Gisela Ortiz CC 38474990
Código CUENTAME UDS: 761 010 00 [illegible] 33
Dirección UDS: Trans 92 calle 2da
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las brisas
Teléfono UDS: 315 446 85 23
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DCC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1235 314 364	Joshua	Ivan	Montaño	Medina	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
02	RC	1113.375.667	Keiler	Daniel	Muñoz	Garua	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
03	RC	1115.467.742	Deiby		Quiñonez	Arenas	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
04	RC	1150 953 627	Milan	Yael	Ramos	Blandon	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
05	RC	1150.956.759	Emmanuel	Kaleth	Reina	Blandon	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
06	RC	1235 746.526	Dilan	Alexander	Guaiza	Ruiz	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
07	RC	1235 748.065	Weilin	Amara	Solis	Casquete	1	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Yndira Gisela Ortiz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Descargue copia impresa de este documento no modificable 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	F27.MT1.PP	5/06/2026
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 2	Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

AS o PDS :**FUNDACION FUNDACOB**

NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO 76010152026

MES: SEPTIEMBRE AÑO: **2026**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR Y COMUNITARIA**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB**

IDENTIFICACIÓN

Hoja ____ de ____

Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: **BUENAVENTURA** Municipio: **BUENAVENTURA**

Nombre Agente Educativo (a): ___KATHERINE PALACIOS LONGA_ CC___1111783273_____

Código CUENTAME UDS: ___7610900091393__ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención____LOS CORDERITOS__

Dirección UDS: _____CLL 3 TR 79 # 11-26 UNION DE VIVIENDAD_____ Teléfono UDS: ___3107319863_

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1235146679	KEY	HADANNA	SALAZAR	BERMUDEZ	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
02	RC	1232829524	ALLISON	JIRETH	MOSQUERA	MONTAÑO	2	7		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
03	RC	1191228326	JADEN	ZAYAN	LERMA	DE LA HOZ	2	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
04	RC	1115468035	AYSEL	YARESTH	LEDESMA	CUERO	2	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
05	RC	1235146103	DEILIN	AYNHOA	RIASCOS	PALACIOS	4	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
06	RC	1232825934	JULIANA		ARIAS	LOPEZ	3	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
07	RC	1234202328	ASLHYN	MARIANA	MORENO	LONGA	3	8		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
08	RC	1144006184	ANGEL	GABRIEL	COLLANTE	CUESTA	1	6		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
09	RC	1111932015	EMMA		GRANJA	FERRIN	2	0		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
10	RC	1235146522	ZAURI	CELESTE	VIVEROS	ANGULO	4	10		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Katherine Palacios

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	6/5/2026
FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Versión 2	Página 1 de 2
	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDC :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Darlin Viveros CC 1148436944
Codigo CUENTAME UDS: Hoja ___ de ___
Direccion UDS: B/ Villa Linda Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion:
Teléfono UDS: 3145648328

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1111926145	Abner		Gabezon	Congrusha	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
02	RC	1114249835	Daviana		Rodriguez	Gonzales	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
03	RC	1235146359	Angel	Yadier	Penteria	Compobano	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
04	RC	1111927086	Angel	David	Gonzales	Torres	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
05	RC	1235147035	Jhon	Edwar	Inguna	Sanchez	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
06	RC	1235146895	Keidy	Luciana	Sinisterra	Castro	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
07									A																			I						
08									A																			M						
09																												P						
10																												E						
11																												D						
12																												E						
13																												6						
14																												6						
15																												I						
16																												C						
17																												A						
18																																		
19																																		
20																																		
																																TOTAL		

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

COORDINADOR(A) UDS

Darlin T. Viveros Z
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	05/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES: septiembre
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): ESTELLA ESTRADA
CC
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pintasueños
Dirección UDS: B/ Rio G. 7
Teléfono UDS: 3166337876
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1119264115	Isabella	ailen	Bonilla	Rascon	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
02	RC	1111827139	alan	Danilo	Rodallega	mendrago	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
03	RC	1150957O3	stefano	Samuel	Olaves	medina	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
04	RC	1150955Z	Johan	sebastian	Caviria	acevedo	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
05	RC	1150966S	Ethan	santiago	belarcasa	vesgara	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
06	RC	1235746O7	Miguel	angel	Potes	Castro	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
07	RC	1133758S	TAYLOR	Isabella	mina	Cuero	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	22		
08																																			
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			

TOTAL 07

Verificación De Cobertura	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	07
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Estella Estrada M
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO. 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Natalia Valencia G CC 1111790927.
Código CUENTAME UDS: 76109111290D Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las pitufos
Dirección UDS: Cra 29 calle 8 #26 Santa fe Teléfono UDS: 3124719907.

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1235146852	Kiara	Nohemi	Mosquera	Salcedo	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Pe	F	F	F	F	22		
02	RC	1111926927	Yanelly	Eliza	Orejuela	Medina	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F		22	
03	RC	1111931120	Hellen	Sofia	Arroyo	Castro	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F		22	
04	RC	1235146583	Jhordan	Andres	Grajales	Angulo	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F		22	
05	RC	1111928267	Johan	Hussiel	Montaño	Martinez	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F		22	
06	RC	1150956093	Jesús	Daniel	Ocoro	Amú	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F		22	
07	RC	1144003153	Juan	Camilo	Peña	Mosquera	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F		22	
08	RC	1113375970	Yeisel	Isaac	Candelo	Yepes	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F		22	
09	RC	1113375313	Titan	Josua	Candelo	Yepes	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F		22	
10	RC	1111929264	Jhoset	Manuel	Bravo	Blasces	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F		22	
11	RC	1107530 72	Thon	Angel	Toluza	Valencia	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F		22	
12	RC	1111929704	Bayolan	Nahiara	Diaz	Pino	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	F	F	F		22	
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL			

Pe = Permiso
F = Festivo
Vacaciones

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	12
	TOTAL MUJERES 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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

EAS o FDS: FUNDACION FUNDACODA
NIT: 900231774
MES: Septiembre
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Maria Betty Urbano
Código CUENTAME UDS: 76104000 BL20
Dirección UDS: cra 91 # BE95 - 80 Heras
Centro Zonal: BUENAVENTURA CC 31883299
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Globitos
Teléfono UDS: 3156882137

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1196716396	JHON	Pablo	Riascos	Orobio	4	7
02	RC	1236146711	Gabriel	Daniel	Cuero	Banguera	3	4
03	RC	1154664446	Angel	Matias	Urbano	Garcia	4	7
04	RC	1111927388	Sara	Alejandra	Angulo	Caicedo	3	9
05	RC	1111927631	Andres	Matias	Micolta	Riascos	3	6
06	RC	1154666561	Wilmar	Matias	Renteria	Viveros	4	4
07	RC	1191294114	Cristian	Eduardo	Riascos	Viveros	4	4
08	RC	1154665506	Angel	Gabriel	Asprilla	Murillo	5	2
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	SEMANAS	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A			22		
02		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A			22		
03		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
04		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A			22		
05		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A			22		
06		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A			22		
07		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A			22		
08		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
09																													
10																													
11																													
12																													
13																													
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													
																											TOTAL		

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

COORDINADOR(A) UDS

Betty Urbano
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o FOS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES: Septiembre.
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Diana Yisel Rosero
Código CUENTAME UDS: 761090008171
Dirección UDS: 22 Eltros
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC: 29.230881
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los bambinos
Teléfono UDS: 3188945150
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1115467615	EMMA	Sofia	Larrahondo	Suarez	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A			22		
02	RC	1115466828	Austin	Jael	Viveros	Mina	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	/	A	A	A			22		
03	RC	1115466409	Aibey	Dael	Renteria	Delgado	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
04	RC	1115466585	Yanioi	Michel	Quiñonez	Hosquera	5	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A			22		
05	RC	1111926674	Yefurson	Andres	Angulo	Riascos	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
06	RC	1115466972	Luis	camilo	Valencia	Aragon	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A			22		
07	RC	1115197552	Danna	Adiela	Valencia	Valencia	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A			22		
08	RC	1111930620	ERICK	Santiago	castro	Valencia	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A			22		
09	RC	1113376281	Aisel	Lanelle	Ovarco	Garcia	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	p	A	A	A			22		
10	RC	1119316223	Brittany	Alany	landazury	Beltran	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A			22		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL				

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

COORDINADOR(A) UDS

Diana Yisel Rosero.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o POS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT. 805021177-4
MES: Septiembre
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Vicky S C
Código CUENTAME UDS: 76109000057813
Dirección UDS: Cra 48A 15 01 360 Cuital
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC:
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Teléfono UDS: 3126492332
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111928422	Dayler	Elyan	Renteria	Renteria	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A						22		
02	RC	1113376254	Hansel	Demir	Salas	Renteria	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A						22		
03	RC	1111925953	Jairo		Delgado	Mosquera	5	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A						22		
04	RC	1144000481 3	Heylen	Marian	Salas	Hurbano	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A						22		
05	RC	1111929399	Kataleya		Bravo	Renteria	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A						22		
06	RC	1115467996	Josep	Daniel	Torres	Suarez	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A						22		
07	RC	1111926450	Janna	Victoria	Salas	Cuero	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A						22		
08	RC	1111926676	Riany	Junieth	Renteria	Gamboa	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A						22		
09	RC	1150956457	Brayan	Joel	Calcedo	Hernandez	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A						22		
10																								P											
11																								E											
12																								R											
13																								E											
14																								T											
15																								I											
16																								R											
17																								O											
18																								-											
19																								C											
20																								9											
																																TOTAL			

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

COORDINADOR(A) UDS

Vicky Salas Cuero
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACIÓN FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES: Septiembre. NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Maria Angelo CC: 1111819738
Código CUENTAME UDS: 7610900087762. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La Loma.
Dirección UDS: Cll 66 K7-6A Bl mz 19 Teléfono UDS: 3137967747

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1087218706	Maximiliano		Palacios	Payan	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1087219350	Kian	Emiliano	Payan	Pelaza	4	3	A A A A A A A A A A A A A A E A A A A A	22		
03	RC	1111927378	Jhon	Yoiker	Navas	Mendoza	3	8	A A A A A A A A A A A A A A E A A A A A	22		
04	RC	1111927461	Dennis	Jaime	Cascedo	Ramos	5	5	A A A A A A A A A A A A A A E A A A A A	22		
05	RC	1115461936	Kian	Yesid	Andrade	Realpe	2	7	A A A A A A A A A A A A A A E A A A A A	22		
06	RC	1111927069	Yisanny	Alexandra	Medina	Alvarado	3	11	A A A A A A A A A A A A A A E A A A A A	22		
07	RC	1196716245	Ariadna	Judith	Arboleda	Bascos	4	12	A A A A A A A A A A A A A A E A A A A A	22		
08	RC	1111927140	Santiago	Jesus	Contreras	Estrada	3	5	A A A A A A A A A A A A A A E A A A A A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Maria Angelica Angulo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUDESOPAC SOL Y VIDA
NIT: 900284514-7 NÚMERO DE CONTRATO: 7901583/2025
MES: SEPT AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja 1 de 1
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Nelly Mosquera CC: 31385777
Código CUENTAME UDS: 761091112422 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Bullicuos
Dirección UDS: Bisante Teléfono UDS: 3167220351

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EAC		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO			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	RC	1111976560	Hallinson	YAMIR	Micolta	Viascos	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	29		
02	RC	1111926469	Jose	Yair	Bodallega	Garces	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	29		
03	RC	279749030	Briana	Stormi	Lizalda	Cuero	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	29		
04	RC	1044023367	Liam	JHOEL	Guevara	Torres	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	29		
05	RC	1235186991	Edwin	ALEXIS	Quintero	Ibargüen	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	29		
06	RC	1113376115	Davinson	Santiago	Renteria	Murillo	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	29		
07	RC	1111928397	Kiara	Michel	Diaz	Cuaistodo	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	29		
08	RC	1111927432	Naira	Solange	Viveros	Murillo	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	29		
09	RC	1196716260	Luis	Adrian	Quintero	Yamos	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	29		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL		

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS, NIÑAS MATRICULADOS EN EL MES: 9
TOTAL NIÑOS, NIÑAS RETIRADOS EN EL MES:

Nelly D Mosquera V.
COORDINADOR(A) EA RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada COPIA NO CONTROLADA
Los datos personales incorporados serán tratados de acuerdo a la política de tratamiento de datos personales del ICBF

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	5/06/2026
	Versión 2	Página 1 de 2
FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES: Septiembre
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Luz Nelly Valencia
cc 31631114
Código CUENTAME UDS: 7610900081849
Dirección UDS: Crr 29 B - Barrio Santa Fe
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Gorriones
Teléfono UDS: 3167012397
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		1235145800	Daini	Viviana	Cangá	Renteria	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A			22		
02		1235146695	Isabel	Cristina	Panameño	Caicedo	5	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
03		1115468050	Heidy	Milagros	Vasquez	Diaz	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A			22		
04		1115466377	Keyller	Stiven	Angulo	Gonzales	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A			22		
05		1113376102	Noah		Vallejo	Casquete	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
06		1111929463	Heilin	Daimara	Valencia	Gomes	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A			22		
07		1111926883	Jose	Miguel	Ramos	Murillo	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A			22		
08		1111927174	Keyder	Jhael	Mosquera	Gamboa	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A			22		
09		1111925680	Lian	Sneider	Suarez	Valencia	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A			22		
10		1111928676	Tiago	Alexander	Angulo	Cangá	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A			22		
11		1111930553	Lahian	Josue	Gamboa	Bonilla	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A			22		
12		1111926140	Jordan	Josue	Riascos	Riascos	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A			22		
13																											A								
14																											6								
15																											0								
16																											6								
17																											-								
18																											C								
19																											A								
20																																			
																											TOTAL								

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

COORDINADOR(A) UDS

Luz Nelly Valencia Garcia
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP Versión 2	5/08/2026 Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Eyli Nayeli Cundumi CC 1006188539
Código CUENTAME UDS: 7610900091389 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El futuro
Dirección UDS: Cra. 61 # 11-41 Teléfono UDS: 3113830836

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1109939741	Mariangel		Gutierrez	Montesinano	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
02	RC	1119928037	Miguel	Angel	Castillo	Miranda	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
03	RC	1111928038	Liam	Andres	Castillo	Miranda	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
04	RC	1111930621	Adara		Siniesterra	Cuero	1	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
05	RC	1111930622	Evangelina		Siniesterra	Cuero	1	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
06	RC	1113375959	Semeth	Kelianny	Zamora	Quiñonez	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
07	RC	2451517094	Zahida	Lucia	Perea	Tocanta	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS — RESPONSABLE DE GRUPO: Eyli Nayeli Cundumi C.

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	6/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Nombre Agente Educativo (a): Emilsen Caicedo
Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
CC 66744895
Código CUENTAME UDS: 7610900084766
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Conejitos
Dirección UDS: Cr. 61 # 11-41 Teléfono UDS: 3128584903

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1119125853	William	Juan	Angulo	Torres	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
02	RC	1111927967	Amihan	Axel	Gallego	Mosquera	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
03	RC	1112911252	Jheremy		Campaz	Ruiz	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
04	RC	1154967260	David		Toro	Muñoz	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
05	RC	1150955681	Tiana	Sofia	Renteria	Paredes	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
06	RC	1291444026	Yeleny		Torres	Moreno	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
07	RC	1291444084	Jhoel	Daniel	Gamboa	Hurtado	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Emilsen Caicedo. V.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Magali Lucero V. CC 1.111.745.372
Código CUENTAME UDS: 7610900082742 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: 32360854809
Dirección UDS: Cra. Separada 20 # 711 23 A 20 Teléfono UDS: 405 Fanviedos

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RP	1235147207	Gael	Smith	Hurtado	Zamora	3	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RP	1113375391	Tyrone	Jose	Contreras	Bastamin	4		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RP	1111923564	Joshua	Aaron	Ramos	Sinisterra	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RP	1111927530	Yorkel	Josue	Cortes	Velasquez	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
05	RP	1111927683	Juan	David	Murillo	Villegas	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
06	RP	1111928226	Jose	David	Valencia	Viveros	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
07	RP	1150956303	Kiley	Alexander	Torres	Zapata	3	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
08	RP	1234201463	Dorian	Nahin	Ortiz	Villegas	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
09	RP	1111926373	Erick	David	Angulo	Rodriguez	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
10	RP	1.115.466.316	Luis	Eduar	Valencia	Ruiz	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
11	RP	1115468210	Adam	Jose	Sinisterra	Acuesta	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
12	RP	1.115.467959	Jose	Yulian	Daniel	Viveros	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
13	RC	1.115.467819	Keyli	Jose	Rincones	Olave	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL			

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Magali Lucero Vasquez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/08/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES: septiembre
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN 38473269
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Sonia m Blandos
Código CUENTAME UDS: 76109000057805
Dirección UDS: C8 17 # 17 E 106
Cedro Zonal: BUENAVENTURA
CC 38473269
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: H. e los Angeles
Teléfono UDS: 3150486700
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1111929583	Jhon	Anjel	Asprilla	gamboa	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RETIRO	A	A	A			22		
02	RC	1111337 6015	luciana		Mosquera	pardo	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
03	RC	1111 930 824	yeilany		gamboa	valencia	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
04	RC	1235148258	Mariana		Vallesilla	gamboa	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
05	RC	1111929570	yeiser	jose	salas	Bentería	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
06	RC	1111 929176	gabriel	Elias	Blandos	Asprilla	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
07	RC	1111931082	Luis	Arley	gamboa	Diaz	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Sonia María Rivas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: SEPTIEMBRE AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): NELSY HURTADO CC 29227710
Código CUENTAME UDS: 76 10 900 91769 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS COLEJITOS
Dirección UDS: Cra 20 - 3 SUR Teléfono UDS: 322 585 1599

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1111547695 04	Kainer	JHoao	CAmacho	Angulo	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		RETIRO
02	RC	1119289 13	JaS S	DAMiR	ANGULO	PoTeS	6	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
03	RC	11133 76 23	LuiZ	TiAGO	RiAS CO	BuNGuS RA	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
04	RC	1113376 6037	EiLiN	YuLiET	RiVAS	ANGULO	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
05	RC	111337 6034	BRiTANY	SOFiA	PEREA	RENTERiA	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
06	RC	1115468193	DANiEL	JOSE	PRETELL	JARAMiLLO	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
07	RC	111930 40	OWEN	ANDRES	COiCEDO	ANGULO	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
08	RC	1119305 0	LiAN	GAEL	ARAGON	RENTERiA	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
09	RC	111928 54	SAMANTHA		ANGULO	MOSQUERA	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
10	RC	1111 930 409	KaiLiN	LUCiA	ANGULO	PoTeS	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

NELSY HURTADO R
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP | 5/06/2026
Versión 2 | Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública

EAS o POS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 | NÚMERO DE CONTRATO: 76010162026
MES: SEPTIEMBRE | AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA | Centro Zonal: BUENAVENTURA | Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): JULIETH P. M.A | CC: 1.028.188.863
Código CUENTAME UDS: 761000817 81 | Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: LOS PAQUITOS
Dirección UDS: CRA-20-3-SUR-N-21-16 | Teléfono UDS: 3236631406

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1.111.925.826	JUAN	DANIEL	VALENCIA	ARAGÒN	5	1m
02	RC	1.115.463.319	ANGEL	ESTIBEN	ARAGÒN	GARCES	5	3m
03	RC	1.115.467.406	LUIS	FERNANDO	HINESTROZA	GARCES	4	2m
04	RC	1.111.925.555	MANSER	DAMIAN	ANGULO	MINA	4	5m
05	RC	1.144.005.426	KEIVER	ALEXANDRO	MEDINA	PANAMEÑO	1	4m
06	RC	1.111.929.201	JESÚS	DAVID	ANGULO	RENTERIA	4	3m
07	RC	1.113.375981	DAIRI	KIANA	CASTILLO	ARAGÒN	2	5m
08	RC	1.113.376.289	VALERI	NAHOMI	HINESTROZA	GARCES	1	9m
09								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEMANAS: SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEMANAS: TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEMANAS: CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEMANAS: QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A X A	A A A	22		
02	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A I A	A A A	22		
03	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A P A	A A A	22		
04	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A I A	A A A	22		
05	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A X A	A A A	22		
06	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A I A	A A A	22		
07	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A I A	A A A	22		
08	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A I A	A A A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

JULIETH PAOLA MEDINA ARE
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento tiene COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DE ICBF, ISBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	5/06/2026
	Versión 2	Página 1 de 2
FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 800023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Aida Betty Lopez cc 31589368
Código CUENTAME UDS: 7609000581979 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: Calle 9ta cr 20 Heras Teléfono UDS: 3006156714
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V			
01	R.CIVIL	1111926019	Briany	Zoe	Neiva	Celorio	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		22		
02	R.CIVIL	1111924082	Millay	alexa	Grueso	Gualtoto	2	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A					22		
03	R CIVIL	1090282960	Yaffel	Josue	Valencia	mina	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					22		
04	R CIVIL	1115551477	Jeison	Liam	Garces	Castillo	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A					22		
05	R CIVIL	52527296	Zoey	Alanay	Celorio	Manyoma	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					23		
06	R CIVIL	1111929636	liam	Josue	mondragon	Reyes	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A					22		
07	R CIVIL	1113376141	Dailin	Cataleya	Valencia	Angulo	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A					22		
08	R CIVIL	1111744682	Brian	Josue	Leudo	Obando	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A					22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Aida Betty Lopez Mina
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

17

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MTI.FP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o POS FUNDACION FUNDACOBA

NIT 805023177 4 NÚMERO DE CONTRATO 76010152026

MES SEPTIEMBRE AÑO 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN 1111/5053

Regional VALLE DEL CAUCA Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo(a) ANA MILE RIASCOS CC 1111/50353

Código GUENIAME UDS /BK0000617/8 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención H C RAYITOS DE SOL

Dirección UDS CR 17 # 176166 Teléfono UDS 3152051/0

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1111928230	JHON	JAILER	HURTADO	RIASCOS	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Re	A	A	A			22		
02	RC	1115467985	CATALEYA		ASPRILLA	MURILLO	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
03	RC	1111928150	LUIS	ANDRES	DIUSA	GONZALES	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
04	RC	1111926624	MARTIN	ELIAS	VALENCIA	VALENCIA	5	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
05	RC	1113027063	JHONIER		VALENCIA	VALENCIA	1	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
06	RC	1113375249	ANGEL	DANIEL	GARCIA	CHALA	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
07	RC	1111926037	MABEL		ROSENDO	GUAITOTO	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
08	RC	1111927474	TIANY	CHARY	GONZALES	RENTERIA	5	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
09	RC	1111928585	CHAIRA	SOFIA	GARCIA	CHALA	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
10	RC	1113375601	YEILANY		GAMBOA	VALENCIA	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Ana Mile Riascos R

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es considerada como COPIA NO CONTROLADA

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

...: FUNDACION FUNDACOBA
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2025
...embre
...CIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
...ÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Nilsa Asprilla
Código CUENTAME UDS: 76 10400084767
Dirección UDS: Cra 59 Calle 10 B - 12 de Abril
Centro Zonal: BUENAVENTURA
cc 31584089
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Cariñositos
Teléfono UDS: 3118105373

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA (L M Mi J V)	SEGUNDA (L M Mi J V)	TERCERA (L M Mi J V)	CUARTA (L M Mi J V)	QUINTA (L M Mi J V)	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
1.079360896	Adriana		Perea	Morante	5	7	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAA			
1.150956.798	Zareth		Hurtado	Mosquera	1	11	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAA [illegible]	AAA	22		
1.232820.746	Yadiel		Lemos	Moreno	4	2	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAA [illegible]	AAA	22		
1.150956.066	Lia	Victoria	Arboleda	Morillo	4	8	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAA [illegible]	AAA	22		
1.150956.280	Kailin	Jhaneth	Cabeza	Espacio	3	4	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAA [illegible]	AAA	22		
1.150954.894	Isman	Joel	Carabali	Angulo	5	4	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAA [illegible]	AAA	22		
1.111928.639	Jean	Sebastian	Sanchez	Guerrero	2	9	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAA [illegible]	AAA	22		
1.115466.709	Jhostin	Andres	Rivas	Guzman	4	11	AAAAA	AAAAA	AAAAA	AAAA [illegible]	AAA	22		

TOTAL 22

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

[signature]
COORDINADOR(A) UDS

Nilsa Maria Asprilla M.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/08/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Maribel Mosquera CC 66716169.
Código CUENTAME UDS: 7610900081858. Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pequeños gigantes.
Dirección UDS: Cll 4ta Dr C 57 3 #57-12 Caxajal Teléfono UDS: 3174834353.

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1066948980	Anival	Andres	Ruiz	Hurtado			A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			22		
02	RC	1135467439	Brian	Alexis	Rivas	Castillo			A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			22		
03	RC	1150955558	Deilyng	Sophia	Angulo	Caamboa			A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			22		
04	RC	537138916	Dania	Dalestra	Bonilla	Prosper			A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			22		
05	RC	1133337353	Ethan	Manuel	Mina	Montaño			A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	E		A	A	A			22		
06	RC	1119988657	Elian	Camilo	Riascos	Caicedo			A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A			22		
07	RC	1111928387	Julian	Dael	Asprilla				A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	F		A	A	A			22		
08	RC	1150956995	Lyam	Mateo	Lopez	Valencia			A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	N		A	A	A			22		
09																																				
10																																				
14																																				
																													TOTAL		22				

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/05/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

Hoja ___ de ___

EAS o PDS FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805023177-4 NUMERO DE CONTRATO 76010152026
MES: 9 AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional VALLE DEL CAUCA Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a) Maria Deisy Cardenas CC 31610 249
Código CUENTAME UDS 76D900037632 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIFINCA
Dirección UDS K.46 C 11 45 sur Olimpico Teléfono UDS 315 448 9129

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Cupos	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1235146140	sebastian		Espinosa	Cardenas	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R E A A A		22		
02	RC	1115467572	James	Jacob	Rias cos	Cardenas	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A F A A A		22		
03	RC	1111927603	s Helsy	Saray	Espinosa	Castillo	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A		22		
04	RC	1111927262	Kellor	Ivan	Balentierra	oBando	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A X A A A		22		
05	RC	1111927059	Dilan	Andres	Cardenas	Garcia	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A N A A A		22		
06	RC	1066849038	Luz	Damaris	Benitez	Garcia	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A A A		22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	6
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Maria Deisy Cardenas Campaz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP Versión 2	5/06/2026 Página 1 de 2
	FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Septiembre AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Sandra Mosquera CC 38474319
Código CUENTAME UDS: 76109000081829 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Arcos
Dirección UDS: Cra 21 SN 660 B/ Arcos Teléfono UDS: 3165142207

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1109577771	Caleb		Angulo	Mosquera	3	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
02	RC	1111925852	Emma	Dalin	Angulo	Rodallega	4	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
03	RC	1111926721	Asly	Yisel	Angulo	Rodallega	4	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
04	RC	1111927988	Yulisis		Rodallega	Victoria	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
05	RC	1111928040	Kimberlin		Rodallega	Ramirez	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
06	RC	1111928200	Abel	Yael	Viveros	Rodallega	3	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
07	RC	1111929568	Brayan	Esteven	Arango	Angulo	2	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
08	RC	1115467623	Alanis		Rivas	Diaz	3	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
09	RC	1144000123	Ailen		Sinisterra	Mosquera	5	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
10	RC	1144004958	Shara	Estefani	Hurtado	Ramirez	2	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
11	RC	1151993531	Hansel	Elian	Valencia	Mondragon	5	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
12	RC	1235147495	Alana	Sofia	Escobar	Sinisterra	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
13	RC	1235147661	Juliana		Gomales	Tomas	1	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A			22		
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13
	TOTAL MUJERES 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 800223177-4
MES: Septiembre
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Maria Jazmin olomia. CC: 38471812
Código CUENTAME UDS: 761090D056700
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los traviesos
Dirección UDS: Vereda La Gloria calle + Poste 8-Casa 28
Teléfono UDS: 3045445512

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES
01	RC	1064491809	Maximiliano		Angulo	Viveros	1	11
02	RC	1111926326	Esteiler	Josue	Riascos	Quintero	5	1
03	RC	1111928793	Juan	sebastian	Diaz	Riascos	2	8
04	RC	1115466643	Yeiny		hurtado	Cabezón	5	0
05	RC	1114005186	Liam	David	Ramos	Sanchez	2	0
06	RC	1144005636	Liam	David	Ramos	Riascos	1	8
07	RC	1196216404	Liam	David	Dayan	Angulo	4	6
08	RC	1235146124	Alex	Emanuel	Riascos	Dinea	4	11
09	RC	1235147089	Eilin	Sofia	Garcia	Saleedo	2	11
10	RC	123514772	Genesis		hurtado	Cabezón	2	1
11	RC	114400483	Joel	David	Murillo	Valencia	2	3
12	RC	1235145517	Darlin		Rodriguez	Angulo	5	0
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	B	A	A	A			22		
02	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A			22		
03	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
04	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A			22		
05	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
06	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
07	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A			22		
08	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A			22		
09	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A			22		
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A			22		
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A			22		
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A			22		
13																				D								
14																				A								
15																				G								
16																				O								
17																				G								
18																				I								
19																				C								
20																				A								
																									TOTAL	2	2	

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

Luz E R.
COORDINADOR(A) UDS

Mª Jazmin olomia ortiz
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piensa 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

Powered by CS Cam

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o POS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES: Septiembre
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Milohy Yelany Cuero
Código CUENTAME UDS: 7610 9000 82 342
Dirección UDS: Calle 7C Cra 5SA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
co 1111819317
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Teléfono UDS: 3185000049
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA									ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1111 930 410	Deiny	Isabella	Vallecilla	Cuero	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
02	RC	1150 956 616	Emma	Isabella	Camacho	Siniestema	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
03	RC	1115 468 104	Mayker	David	Vallecilla	Rodriguez	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
04	RC	1109 198 944	Sara	Sofia	Fajardo	Cuero	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
05	RC	1113 376 392	Adhara	Itzel	pelufo	Vallecilla	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
06	RC	1150 956 389	Danna	Belen	Quiñones	Alegria	3	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
07	RC	1111930 625	Thael	Adhara	Estupiñan	Castillo	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
08	RC																																				
09																																					
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					

NO PRESENCIAL

TOTAL

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

COORDINADOR(A) UDS

Milohy Yelany Cuero C.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se encontrará 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

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	6/5/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS :FUNDACIÓN FUNDACOBA
Nit: 805023177-4
MES septiembre NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Andrea zamora cc 1144745648
Código CUENTAME UDS: 76D900087842
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS pequeños angelitos
Dirección UDS: villa linda
Teléfono UDS: 3150732739

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1235147729	Aitana		chambo	serrano	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
02	RC	1122542668	Isaac	abdiel	duque	villa	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
03	RC	1239146330	Ysamar		gamboa	mosquera	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
04	RC	1144003364	Laurin	isabela	mosquera	castro	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
05	RC	1235147709	Noah	ariel	castaño	angulo	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

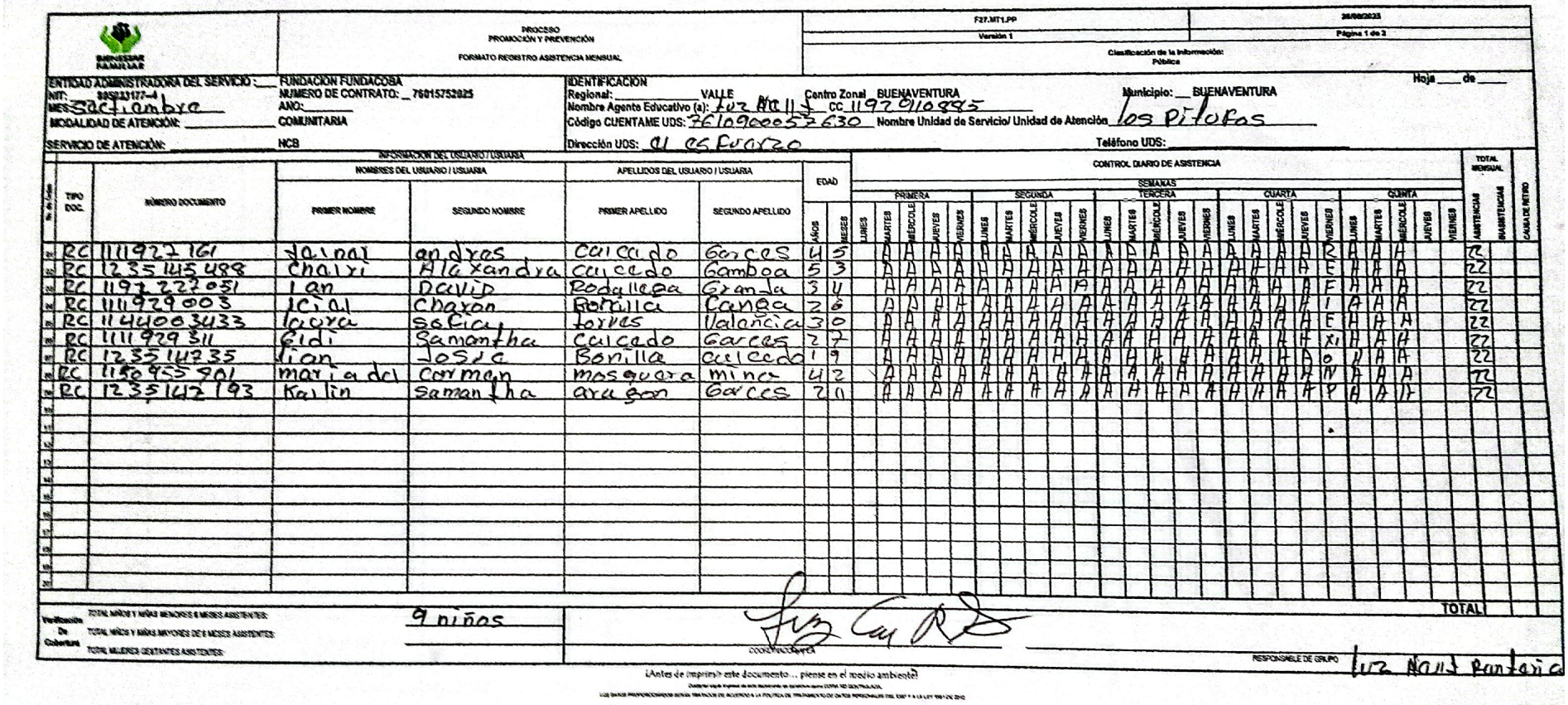
COORDINADOR(A) UDS

Andrea zamora
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

Powered by CamScanner



BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP | Versión 1 | 28/08/2023 | Página 1 de 3

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023127-4
NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: Septiembre
AÑO:
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Luz Nayi Bonilla CC 1197010995
Código CUENTAME UDS: 76109000052630 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Pitufos
Dirección UDS: el esfuerzo Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

No. de Cupo	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	SEGUNDA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TERCERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	CUARTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	QUINTA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
1	RC	1111927161	Yainar	andres	Calcedo	Garces	4	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	R A A A	22		
2	RC	1235145488	Chaixi	Alexandra	Calcedo	Gamboa	5	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	E A A A	22		
3	RC	1197227051	Ian	David	Rodallega	Granja	3	4	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	E A A A	22		
4	RC	1111929003	Ichal	Chaxon	Bonilla	Canga	2	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	I A A A	22		
5	RC	1144003433	Laura	Sofia	Torres	Valencia	3	0	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	E A A A	22		
6	RC	1111929311	Fidi	Samantha	Calcedo	Garces	2	7	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	XI A A A	22		
7	RC	1235147735	Dian	Josue	Bonilla	Calcedo	1	9	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	O A A A	22		
8	RC	1150955901	maria del	Carmen	mosquera	minca	4	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	N A A A	22		
9	RC	1235142193	Kailin	Samantha	aragon	Garces	7	0	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	P A A A	22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 9 niños
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADORA

RESPONSABLE DE GRUPO: Luz Nayi Bonilla

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :**FUNDACION FUNDACOBA**

NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026

MES: SEPTIEMBRE AÑO: **2026**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR Y COMUNITARIA**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB**

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ____

Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: **BUENAVENTURA** Municipio: **BUENAVENTURA**

Nombre Agente Educativo (a): _____ LADY KATHERINE HINESTROZA PERLAZA CC_____ 1192909413

Código CUENTAME UDS: _____ 7610900082726 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ LOS PETETES

Dirección UDS: _____ cr 61B pasaje 12 de julio número de la casa 11-3 Teléfono UDS: _____ 3117467959

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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	1106526345	EILAM		ORTIZ	VANEGAS	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
02	RC	1111929496	MADISON	SOFIA	AGUDELO	SEGURA	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
03	RC	1113376385	MIA	KATHERINE	VALENCIA	PERLAZA	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
04	RC	1115467655	LIZ	ESTER	PINILLA	TORRES	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
05	RC	1150955564	MADDISON	ISABELLA	MICOLTA	MONTAÑO	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
06	RC	1150955836	MAILYN	JIRETH	VIVAS	BALANTA	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
07	RC	1191227952	JEREMY		RENTERIA	AGUIRRE	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
08	RC	27771738-7	RONNY	ALEXANDER	TORRES	SALAZAR	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

LADY KATHERINE HINESTROZA PERLAZA
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :**FUNDACION FUNDACOBA**

NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026

MES: SEPTIEMBRE AÑO: **2026**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR Y COMUNITARIA**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB**

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ____

Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: **BUENAVENTURA** Municipio: **BUENAVENTURA**

Nombre Agente Educativo (a): _____ LIBIA MARIA HURTADO BATIOJA CC_____ 66748145

Código CUENTAME UDS: _____ 7610900082726 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ LOS PIWIS

Dirección UDS: _____ CR 62A- SEIS DE ENERO Teléfono UDS: _____ 3219592394

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES				ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111929115	NOLAN	NAGHELL	ESTUPIÑAN	GONGORA	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A							22		
02	RC	1111931558	KILIAM	ALEXANDER	ESTACIO	FLOREZ	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A							22		
03	RC	1113374948	YOSTIN	BEYMAR	RIASCOS	RIASCOS	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A							22		
04	RC	1113375023	ALAIA		MARTINO	AVILA	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A							22		
05	RC	1115466344	BRIANNA	CAMILA	SINISTERRA	GAMBOA	5	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A							22		
06	RC	1150955468	JUAN	DIEGO	TORRES	SEGURA	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A							22		
07	RC	1150955791	SALOME		DIAZ	GUERRERO	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A							22		
08	RC	1150956227	IAN	BRASLY	MONTAÑO	MORENO	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A							22		
09	RC	1150956363	LUISA	MICHEL	GARCES	CUERO	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A							22		
10	RC	1196716453	JHONIER	ALBERTO	MONTAÑO	MOSQUERA	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A							22		
11	RC	1235145862	JUAN	DIEGO	MINA	RENTERIA	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A							22		
12	RC	1235146038	LIZ	ARIANNA	DIAZ	TENORIO	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A							22		
13	SD	28091362-6	CHAYNA		SINISTERRA	ROSAS	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A							22		
14																																						
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
																																			TOTAL		

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

COORDINADOR(A) UDS

LIBIA MARIA HURTADO BATIOJA
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :**FUNDACION FUNDACOBA**

NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026

MES: SEPTIEMBRE AÑO: **2026**

MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR Y COMUNITARIA**

SERVICIO DE ATENCIÓN: **HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB**

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ____

Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: **BUENAVENTURA** Municipio: **BUENAVENTURA**

Nombre Agente Educativo (a): _____ CYNTHIA FARJANY BERMUDEZ ANGULO CC_____ 1111745716

Código CUENTAME UDS: _____ 7610900084785 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ MI BOTECITO

Dirección UDS: _____ CR 60-11a 66 -INDEPENDENCIA Teléfono UDS: _____ 3187660139

No. de Orden	INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		SEMANAS																													
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA									
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1061117492	KEILIN	MAKENSY	DELGADO	SUAREZ	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A					22		
02	RC	1085555349	DAYLIN		ALEGRIA	PRADO	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A					22		
03	RC	1111926874	MAICOL	STIWAR	SANDOVAL	CARMONA	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A					22		
04	RC	1111927251	MARCELO		VALENCIA	MICOLTA	5	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A					22		
05	RC	1111927561	LEYREN	DARIANA	MONTAÑO	HINESTROZA	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A					22		
06	RC	1113375592	EITHAN	SMITH	ORTIZ	MONTAÑO	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A					22		
07	RC	1150956398	IAN	JAZIEL	GUEVARA	CUERO	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A					22		
08																												N									
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

CITHIA BERMUDEZ
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :**FUNDACION FUNDACOBA**
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: SEPTIEMBRE AÑO: **2026**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR Y COMUNITARIA**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB**

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ____
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: **BUENAVENTURA** Municipio: **BUENAVENTURA**
Nombre Agente Educativo (a): _____ SOBEIDA POSSO CABALLEROS CC_____ 38474027
Código CUENTAME UDS: _____ 7610900084785 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ SENDERITO
Dirección UDS: _____ CR 60-11a 66 -INDEPENDENCIA Teléfono UDS: _____ 3155902725

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1109688633	SALOME		GODOY	GONZALEZ	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A			22		
02	RC	1111927690	WESNY	ADHARA	PEDROZA	ZUÑIGA	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A			22		
03	RC	1111930919	ARLETH	ADHARA	PORTOCARRERO	ROJAS	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A			22		
04	RC	1112304784	JORGE	ISAC	GOMEZ	RIVERA	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A			22		
05	RC	1113375292	ENDRICK	SCHMEICHEL	LONGA	REINA	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A			22		
06	RC	1113376107	JAYLEN	ANDRES	RIASCOS	ROCERO	2	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A			22		
07	RC	1235146136	DEIBY	JAIR	TOBAR	MORENO	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A			22		
08	RC	1235146520	ZOE	AINNARA	TORRES	MINA	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A			22		
09	RC	1235146815	LUIS	MANUEL	LOPEZ	MOSQUERA	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A			22		
10	RC	1235147448	JHON	KENNER	ALZAMORA	VELAZCO	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A			22		
11	RC	1235147460	KEROLYN	DANIELA	RAMIREZ	ESTUPIÑAN	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A			22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

SOBEIDA POSSO
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	5/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :**FUNDACION FUNDACOBA**
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: SEPTIEMBRE AÑO: **2026**
MODALIDAD DE ATENCIÓN: **FAMILIAR Y COMUNITARIA**
SERVICIO DE ATENCIÓN: **HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB**

IDENTIFICACIÓN Hoja ___ de ____
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: **BUENAVENTURA** Municipio: **BUENAVENTURA**
Nombre Agente Educativo (a): _____ YAMILETH BANGUERA CC_____ 38469064
Código CUENTAME UDS: _____ 7610900057864 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_____ HOGAR CHIQUITINES
Dirección UDS: _____ CORREGIMIENTO N. 8- AGUACLARA Teléfono UDS: _____ 3117652037

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									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		1107539979	ASHLEY	NICOL	VALENCIA	MICOLTA	5	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
02		1143999650	BRITNI	KEILANY	BANGUERA	VALENCIA	5	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
03		1150956080	YADISON	ELIAN	VALLECILLA	MONTOYA	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
04		1191226851	JHON	WILSHER	RIASCOS	GUERRERO	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
05		1196716151	MARIA	ZULAY	VENTE	SINISTERRA	5	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
06		1232819666	LYAM	ANDRES	VALENCIA	FERNANDEZ	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
07		1235146184	BRENSY	ZAAIRA	VARGAS	RODRIGUEZ	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
08		27937837-6	LINSY	CHARLOTTE	RENTERIA	QUIJANO	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			22		
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 MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

YAMIELT BANGUERA
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