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: 76010152026
MES: Agosto 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): Connie Renteria — CC: 1111 768 543
Código CUENTAME UDS: 76109000581960 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pollitos
Dirección UDS: Bellavista 96 # 46-30 — Teléfono UDS: 313 5575048

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 (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	RC	1111928184	Soriel	Dayana	Quiñonez	Panameño	3	2	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
02	RC	1111928323	Christine	Ilara	Valencia	Cambindo	3	2	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
03	RC	1232818634	Emanuel		Ulloas	Rivas	4	7	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
04	RC	1109515960	Jesus	Alberto	Ocoro	Olaya	3	9	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
05	RC	1111926588	Criss	Deiby	Asturias	Obando	4	2	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
06	RC	1111928715	Liam	Santiago	Garces	Panameño	2	8	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
07	RC	1111928445	Noah	Cabrera	Bedoya	Lugo	2	11	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
08	RC	1111929068	Milan	Noah	Benitez	Rodriguez	2	4	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
09	RC	1233349995	Mairen	Sofia	Quintero	Miranda	4	3	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
														TOTAL	19	

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 Erika R.

Connie Renteria C.
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	

FUNDACIÓN FUNDAGOBA
NIT 901477-4
MES Agosto
MODALIDAD DE ATENCION FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB
TIEMPO DE CONTRATO 76015752025
AÑO 2026

IDENTIFICACIÓN
Regional VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a) Gloria A. Lerma
Código CUENTAME UDS 76019000031882
Dirección UDS Cra 17 10-94
Centro Zonal BUENAVENTURA
CC 38467450
Municipio BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Mi Corinito
Teléfono UDS 3163278891
Hoja ___ de ___

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Cupo	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	1119228203	Iam	Yair	Caicedo	Orozco	3	1	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
02	RC	1153376387	Laila	Gabriela	Cuero	Riascos	1	6	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
03	RC	1154669976	Inoandri		Caicedo	mosquera	4	5	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
04	RC	1235149113	Thiago	Joel	Borilla	Hurtado	4	1	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
05	RC	1119673995	Jeilin	mariam	Riascos	Gamboa	4	1	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
06	RC	1095733475	Jose	Ismael	Rivas	Reteria	4	8	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
07	RC	1154672900	Gabriel	matias	Cuero	Riascos	4	3	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
08	RC	1133756974	kiliam	samir	mosquera	mosquera	3	4	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
09	RC	1119778566	Jhosuar	fernando	Jimenez	Riascos	3	3	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
10	RC	1150955058	Yerling	Alanna	Hurtado	Cuero	4	7	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
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:	

Luz Emma
COORDINADOR(A) UDS

Gloria A. Lerma
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Cualquier copia o impresión de este documento es 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

F37.MT1.PP	6/6/2020
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS (FUNDACION FUNDACORA)
NIT: 805023177-4 NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto AÑO: 2020
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA Nombre Agente Educativo (a): Katherin Arias Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Código CUENTAME UDS: 7610900084 007 CC 1151442860
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pequeños Gigantes
Dirección UDS: CL 15 Cr 61C 15-21 6dr enero Teléfono UDS: 3188129440

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	
01	RC	1111926970	Jhostin	Andres	Angulo	Barguera	4	1	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAA	A		19		
02	RC	1111930502	Iker	Andrey	Arrascos	Guerrero	1	7	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAA	A		19		
03	RC	1113355720	Dayni	Kailany	Guerrero	Arias	3	1	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAA	A		19		
04	RC	1113705890	Jhon	Naiker	Romero	Torres	2	3	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAA	A		19		
05	RC	1150955367	Emily	Samantha	Angulo	Sinisterra	4	2	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAA	A		19		
06	RC	1150956760	Aliz	Salome	Bellaizac	Boya	2	6	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAA	A		19		
07	RC	1235147385	Angel	Davi	Romero	Landazuri	2	6	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAA	A		19		
08	RC	1150956681	Jhoan	Sebastian	Riascos	Diaz	2	6	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAA	A		19		
09	RC	1235146467	Miguel	Angel	Romero	Landazuri	4	5	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAA	A		19		
10	RC	1235148112	Thaylin	Yarleth	Romero	Landazuri	3	6	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAA	A		19		
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	19		

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

Luz Erna R. — COORDINADOR(A) UDS

Katherin Jhoana Arias — RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner
Scanned with CamScanner

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: Agosto
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

Hoja ___ de ___

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Yaneth Carvajal
Código CUENTAME UDS: 76109000844777
Dirección UDS: Dorotea Sl Clle Cr55
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC 66940955
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Picapiedras
Teléfono UDS: 3183187163

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	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	R.C	1143375312	Genesis	Alanna	Ramirez	Fuentes			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	R.C	1150956249	Diego	Luis	Benitez	Ojeda			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A						
03	R.C	1111928089	Heidi	Mariana	Valencia	Urbano			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A						
04	R.C	1150956499	Asnny	Xaomy	Aragon	Segura			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A						
05	RC	1111930396	NEYthan	Yael	Suarez	Quintero			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A						
06	R.C	1111930533	Mathias		Zapata	Acevedo			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A						
07	R.C	1150956062	Adnan	Stiven	Aragon	Alvarez			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A						
08	R.C	1115467426	AdeNn	Chanell	Valencia	Carvajal			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A		A						
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 19

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

Yaneth Carvajal
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

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

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES: 9 de 10
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
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Jennyfer Angulo
CC: 1117544764
Código CUENTAME UDS: 7601900097565
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: H.C Los Bulticos
Dirección UDS: Carrera 6A bocano 6 de mayo
Teléfono UDS: 3188523037
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 — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	706777501	Jhon	Jeiby	mosquera	Mantilla	5	11	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
02	RC	1111930706	Yhan	Yurl	mosquera	Mantilla	7	9	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
03	RC	1150958097	Luz	Celeste	Vélez	Villanda	4	9	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
04	RC	1150953095	miguel	angel	Vélez	hinestroza	4	7	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
05	RC	1150956800	Jothan	Manuelle	Angulo	Palacios	1	11	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
06	RC	1111929782	Alan	Jair	hurtado	bonilla	2	6	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
07	RC	1150956894	Liam	Dagiel	mosquera	ricaurte	2	15	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
08	RC	1150956894	Daniel	Steven	Saucedo	Ocoro	1	4	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
09	RC	1110385?	Antonella		Palacios	Tenorio	4	5	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
10	RC	1235746125	Jenifer	Alexis	Quiroz	Carabalí	3	5	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	11		
11	RC	1150578676	Kenny	Keith	bonilla	Patiño	2	7	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
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:	

COORDINADOR(A) UDS

Jennyfer 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

Scanned with 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: AGOSTO 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): Libia maria hurtado CC: 66748745
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los pinwis
Dirección UDS: cra 6 barrio 6 de enero Teléfono UDS: 3219592394
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	MI	J	V	L	M	MI	J	V	L	M	MI	J	V	L	M	MI	J	V	L	M	MI	J	V			
01	PC	1113374978	Yostyn	heymar	riascos	riascos	4	10	A	A	A			A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	A	R	A			19		
02	PC	1113370273	Alaia		avila	marino	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A	F	A						
03	PC	1154661349	Briana	Camila	Siniestera	gamboa	4	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A			A	A	A	A	L	A						
04	PC	1117429715	Nolan	naghell	estupiñan	gonzalez	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A			A	A	A	A	C	A						
05	PC	1150955797	Salome		diaz	guevara	3	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A			A	A	A	A	O	A						
06	PC	1150956221	Ian	braslin	mañano	mena	2	13	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A			A	A	A	A	N	A						
07	PC	1196716453	Yhanier	alberto	mañano	mosquera	4	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A			A	A	A	A		A						
08	PC	1235146062	Juan	diego	mina	renteria	4	5	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A			A	A	A	A		A						
09	PC	1235146038	Liz	aiadna	diaz	tenorio	4	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A			A	A	A	A		A						
10	PC	600790988	kiliam	alexander	estacio	florez	4	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A			A	A	A	A		A						
11	PC	1150956363	Luisa	michel	garces	cuero	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A			A	A	A	A		A						
12	PC	1150955468	Juan	diego	tavera	segura	3	11	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A			A	A	A	A		A						
13	PC	500606709	chayna		rosas	siniestera	2	12	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A			A	A	A	A		A						
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
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

Scanned with 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 PDE: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto 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): Monica Mina cc 1006186459
Código CUENTAME UDS: 76109000081835 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Angelitos
Dirección UDS: C11 # 7-27 Teléfono UDS: 3205378270

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: 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	1111929092	Jeison	Stwar	Quintones	Montaño	2	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
02	RC	1113375948	Mia	Alexandra	Patiz	cardenas	2	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A							19		
03	RC	1115465546	Itzalaur		Hinao	Romero	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	F	A	A	L	A						19		
04	RC	1125254626	edwin	JanPier	flurez	Ararat	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	C	A						19		
05	RC	1144112521	Maya	Del mar	olivella	estoPiñan	2	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	D	A							19		
06	RC	1235142892	Britany	Nahomy	Muñoz	cuero	4	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	N	A							19		
07	RC	683363034	Manadilly	Cataluya	Jaramillo	valencia	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A								19		
08	RC	1141468065	Ronal	Josue	Caicedo	Garces	2	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A								19		
09	RC	601035235	Alessia	Jenaluca	Perlaza	Higuirre	3	10	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A								19		
10	RC	1109939955	Juan	David	Rivicos	Caicedo	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A								19		
11	RC	1111931046	Einer	Shampool	flurez	Ararat	2	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A								19		
12	RC	1115467152	Edriam	Josue	Cuero	Valmeria	4	3	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A								19		
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				

TOTAL 19

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

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

Powered by CamScanner

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 POS: FUNDACION FUNDACOBIA
NIT: 805022177-4
MES: agosto
AÑO: 2026
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Cinthia Bermudez
Código CUENTAME UDS: 76709006847 85
Dirección UDS: _____
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC: 1111745716
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: _____
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 NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	7085553549	Dailin		Alegria	Prado	2	10	A A A A A / A A A A A / A A A F A /	19		
02	RC	7777926874	maicol	stiwar	Sandoval	Carmona	4	0	A A A A A / A A A A A / A A A F A /	19		
03	RC	7777927567	Leyien	daliana	montaño	Hinestroza	3	8	A A A A A / A A A A A / A A A L A /	19		
04	RC	7067777492	Keilin	makensy	Ortiz	delgado	3	10	A A A A A / A A A A A / A A A C A /	19		
05	RC	7777337592	Ethan	Smith	Ortiz	montaño	3	11	A A A A A / A A A A A / A A A D A /	19		
06	RC	1750956398	Ian	jaziel	Guevara	Guerra	3	4	A A A A A / A A A A A / A A A N A /	19		
07	RC	1777927251	marcelo		valencia	micolta	4	8	A A A A A / A A A A A / A A A A A /	19		
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 19

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

COORDINADOR(A) UDS

Cinthia 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

Scanned with 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: Agosto 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): Maristella Angulo CC 29229428
Código CUENTAME UDS: 76109000081795 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Placentero
Dirección UDS: Calle 1ra #7A Alfonso Lopez. Teléfono UDS: 3106641534
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	1115467761	Ayleen	Luciana	Tenorio	Hinestroza	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19		
02	RC	1113376204	Thiago	Emmanuel	Portocarrero	Cuellar	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
03	RC	1111706604	Erick	Tomas	Portocarrero		2	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A					19		
04	RC	1107541078	Aitana	Isabella	Castro	Correa	4	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A					19		
05	RC	1111929856	Amber	Ariadna	Landa	Minal	1	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
06	RC	1113376347	Kenyel	Santiago	Portocarrero	Mosquera	1	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A					19		
07	RC	1150956385	Jared	Joel	Banguera	Valencia	2	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A					19		
08	RC	1111929760	Janner	Stiven	Balanta	Sanchez	2		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A					19		
09																												N								
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	1	9	

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 ABISTENTES:	0

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	5/06/26
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: agosto 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: 7610900084791 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención ___
Dirección UDS: Calle 13 # 6280 Teléfono UDS: 3160401662

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	1110380745	Kellany	Yael	Quero	riascos	3	10	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1111926907	Dailyn	adriana	ruiz	Corumende	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1111927954	Brianna	isabela	mina	Campaz	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1111928457	Jhessuar	Shiven	Cossio	bonilla	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1111928626	adhara	Sofia	ortiz	angulo	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1111929528	dara	milagros	riascos	ramirez	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	1113376185	Dilyn	dayana	alomia	rentería	2	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08	RC	1196716532	Liam	Samuel	hinestroza	rosas	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
09	RC	1111930514	Ian	gael	Osorio	Velasco	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
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

fanery Jory O.
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

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

CASA POS FUNDACION FUNDACOSA
NIT 805023171-4
MES
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) Nilsa Asprilla
Codigo CUENTAME UDS 76101000024767
Dirección UDS Cra 59A Calle 10 B-12-Abril
Centro Zonal BUENAVENTURA
CC 31587089
Municipio BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion Los Cariñositos
Telefono UDS 3118105373
Hoja ___ de ___

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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	Registro Ci	1.115.466.709	Jhostin	Andres	Rivas	Guzman	4	10	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / R A		19	
02	Registro Ci	1.150.956.280	Kailin	Jhaneth	Cabeza	Estacio	3	3	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A / F A		19	
03	Registro Ci	1.113.955.066	Lia	Victoria	Arboleda	Murillo	4	7	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A / L A		19	
04	Registro Ci	1.150.954.894	Isman	Joel	Caraballi	Angulo	5	3	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A / C A		19	
05	Registro Ci	1.232.820.746	Yadiel		Lemos	Moreno	4	1	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A / O A		19	
06	Registro Ci	1.079.360.816	Adriana		Perea	Morante	5	0	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A / N A		19	
07	Registro Ci	1.150.956.798	Zareth		Hurtado	Mosquera	1	10	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A / R A		19	
08	Registro Ci	1.111.928.639	Jean	Sebastian	Sanchez	Guerrero	2	8	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A / A A		19	
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 19

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

Nilsa Asprilla
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

Galaxy A06

Powered by CamScanner

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	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805023177-4
NUMERO DE CONTRATO 76010152026
MES 08
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 Cabezudo CC 1111742475
Código CUENTAME UDS: 76109000 81837
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: cra 21C #21-10 Mirezas
Teléfono UDS: 3137367080

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	1115466341	NAICYN	DANIELA	TORRES	MINA	4	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
02	RC	1111247805	KEYNER	SAMIR	TORRES	MINA	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
03	RC	1115467385	MAYKER	STIVEN	SOLIS	SINISTERRA	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
04	RC	1115467816	JEICOL	DAIR	CABEZUDO	MORENO	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
05	RC	1111929685	YASIC	STERLING	TORRES	ESTRADA	7	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
06	RC	1150956348	KILYAN	ADRIAN	TORRES	ESTRADA	4		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
07	RC	1111927628	KAREN	YULIETH	RODRIGUEZ	CABEZUDO	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
08	RC	1235147331	EILIAN	JOSUE	VILLA	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				
09	RC	1115468155	JHOAN	ANDRES	CABEZUDO	MONDRAGON	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
10	RC	1111930476	KYLIAN	STIVEN	HURTADO	SOLIS	1	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				
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

Jessica Cabezudo.
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
MES: Agosto
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
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): Mary luz candelo Palomino cc 38471528
Código CUENTAME UDS: 7610900084814
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los pajarillos
Dirección UDS: CL 7a post 18 B
Teléfono UDS: 3105227609

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		1150956551	Martin	Alejandro	gerrero	Mofato	2	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19		
02		1116288493	Thonny	Fernando	sanchez	gutierrez	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A		F	A					19		
03		1111926737	Yilmor	Adrian	vergara	cafiao	4	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A		L	A					19		
04		1232834258	Aran	Joseph	castilla	Mendoza	1	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A		C	A					19		
05		1115468122	Taylor	Fernando	caicedo	castro	1	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A		O	A					19		
06		1062343721	Karla	Joly	Moya	Chiripua	2	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A		N	A					19		
07		1038652598	carlos	yair	Moreno	Molina	3	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A			A					19		
08		1191224494	Deyker	yair	Moreno	valenzuela	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A			A					19		
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	19		

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	

[signature]
COORDINADOR(A) UDS

Mary luz candelo P.
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	FID.MT1.PP	02/06/2025
		Versión 3	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o FDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: [illegible]-4 NUMERO DE CONTRATO: 7601015202026
NIÑOS: AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Andrea Zuñiga
Código CUENTAME UDS: 76109000818412
Dirección UDS:
Centro Zonal: BUENAVENTURA
cc 1777745048
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mis Pequeños angelitos
Teléfono UDS: 3150777129
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___

No. de Orden	INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA										TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		DIAS/FAS												
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA		SEGUNDA		TERCERA		CUARTA		QUINTA		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	
01	RC	1235147729	Aitana		Chambo	Serrano	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			
02	RC	1172542668	Isaac	Abdiel	Duque	Vilca	3	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F			
03	RC	1235146330	Ysamar		Gamboa	Mosquera	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F			
04	RC	1144603364	Laurin	Isabela	Mosquera	Castro	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F			
05	RC	1235147709	Noah	Ariel	Castaño	Angulo	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F			
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:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADORA 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 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 N 805021774
MES: Agosto
AÑO: 2026
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Yenni Enith A
Código CUENTAME UDS: 76109000084779
Dirección UDS: Barrio el Ruiz Cra 82a calle 2
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
CC:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS Bebitos
Teléfono UDS: 3177177512
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, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111928299	Luz	Cattleya	Narvaez	Aduncula			A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / F A	19		
02	RC	1235146804	Kilian	Jesus	Angulo	Cortes			A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A			
03	RC	1235147171	Lia	Roxana	Moreno	Rentesia			A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A			
04	RC	1235146000	Keyhani	Thaell	Diaz	Angulo			A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A			
05	RC	1115467587	Karen	Liceth	Mina	Angulo			A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A			
06	RC	1111929768	Oscar	Alexander	Salazar	Aspilla			A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A			
07	RC	1235147666	Genesis	Naila	Gonzalez	Gomez			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 / E A			
09									DOMINGO			
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:	

Liz Erna R
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 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	5/06/2025
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOSA
NIT: 805023177-4
MES: AGOSTO
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
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Selma Arroyo
CC: 38469905
Código CUENTAME UDS: 76109000 8486
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Winnie Pooh
Dirección UDS: Cra 86 23 Bolbal P.
Teléfono UDS: 3054035776

INFORMACION 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	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES			
1	RC	1111927177	José	Mateo	Celorio	Garces	3	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A				15		
2	RC	1235146659	Luis	David	Caicedo	Ortiz	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
3	RC	1235148003	Emma	Yaizury	Celorio	Garces	1	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
4	RC	1150955418	Milagros		Siniterra	Valencia	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
5	RC	1235147516	Alexa		Valencia	Renteria	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
6	RC	1235148159	Eliot	David	Cordoba	Hanyoma	1	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
7	RC	1235147347	Everly	Zaimara	Riascos	Perea	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
8	RC	1111929129	Mariana		Valencia	Celorio	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A				19		
9	RC	1111927348	Sara	Liceth	Riascos	Rivas	3	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
10	RC	1235147116	Heiran	Yoan	Suarez	Grueso	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
11	RC	1150955003	Shayry	Jeslayny	Angulo	Aragón	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A				19		
12	RC	1235145124	Maikel	Yoel	Ramos	Arboleda	2	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A				19		
13	RC	1235147232	Danna	Yelen	Riascos	Perea	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
14																													
15																													
16																													
17																													
18																													
19																													
20																													

TOTAL

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

Liz Erika Rodriguez
COORDINADOR(A) UDS

Selma Arroyo
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	5/06/2025
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN 1235738857
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Fanny Arevalo
Código CUENTAME UDS: 76109000698Z
Dirección UDS: Jorge Eliecer Gaitan

Hoja ___ de ___
Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
cc 1235738857
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: las mariposas
Teléfono UDS: 3217404085

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 (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	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235747159	Dennis	Josue	Torres	Arboleda	2	9	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
02	RC	1235741830	Nahiara		Perea	Pomeo	1	7	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
03	RC	1235747829	Ahinara		Perea	Pomeo	1	7	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
04	RC	1115466346	Eliam	Yassey	quiñones	Rivas			A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
05	RC	1235745064	maria	Alejandra	Rodrigues	Panameño	5	5	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
06	RC	1150955269	Ariel	matias	valencia	orobio	4	3	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	19		
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:	

Luz Erika Rodriguez
COORDINADOR(A) UDS

Fanny Arevalo.
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

Scanned with CamScanner

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: 8250231774 NÚMERO DE CONTRATO: 76D10152026
MES: Agosto 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): Martin Parrillan CC: 31586086
Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Código CUENTAME UDS: 76109000387 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Carrusel
Dirección UDS: Cra 56 7 Bis Cristobal Colon Teléfono UDS: 3187714582

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	1.111929321	Noah	Sebastian	Tobar	Castro	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
02	RC	1.111467899	Yahiam	Gael	Gambod	Diaz	2	8	A A A A A A A A A A A A A F A A A A A A	19		
03	RC	1111-929-058	Emily	Samantal	Barona	Angulo.	2	3	A A A A A A A A A A A A A L A A A A A A	19		
04	RC	1.150956933	Taller	Harley	Arce	Asprilla.	1	9	A A A A A A A A A A A A A C A A A A A A	19		
05	RC	1.150 956 914	MIA	Abigail	Hinojosa	Granados	1	8	A A A A A A A A A A A A A O A A A A A A	19		
06	RC	1.115.467 220	Kensley	Yahiara	Angulo	Ortiz	4	3	A A A A A A A A A A A A A N A A A A A A	19		
07	RC	1.094 658.946	Dani	Cuy	Hosquera	Rivas	5	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
08	RC	1.150 955 491	Liz	Alaya	Gomes	Riascos	4	1	A A A A A A A A A A A A A S A A A A A A	19		
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:	-0-

COORDINADOR(A) UDS

Martin Parrilla.
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 IPS: FUNDACIÓN FUNDACOSA
NIT: 890323177-4
NEG:
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

NUMERO DE CONTRATO: 7601O152026
AÑO: 2026

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Ingrid Longa
CC: 1.111750 198
Código CUENTAME UDS: 7610900081844-4
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Manitas Creativas
Dirección UDS: K57B C118 Sur B. Ant-Nar
Teléfono UDS: 3153198436

INFORMACIÓN 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	RC	1111825805	Emilin	Dayana	Salazar	Riasco	4	11	A A D A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	B A	19		
02	RC	1150955608	Yaili	Sarai	Murillo	Angulo	3	11	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	E A	19		
03	RC	1111927381	Ledy	Yulieth	Ocoró	Mosquera	3	8	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	E A	19		
04	RC	1235145429	Juan	David	Alomía	Riasco	5		A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	L A	19		
05	RC	1111925609	Jesús	Adrian	Rivera	Quintero	5	1	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	E A	19		
06	RC	1113375727	Jesiah	Peniel	Grueso	Caceres	3		A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	X A	19		
07	RC	1150956967	Dulce	María	Morales	Moreno	1	4	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	I A	19		
08	RC	1111929335	Kendall	Alana	Cangá	García	2	1	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	D A	19		
09	RC	1111930962	Howen	Noat	Valencia	Ganga	1	3	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	N A	19		
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 Yessenia Longa
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

Powered by CamScanner
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: AGOSTO 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): Mary Montaño CC:
Código CUENTAME UDS: 7619000894795 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Los Angelo
Dirección UDS: Kr 63 # 17-190 - Calle 17 Teléfono UDS: 3187869783

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	1150955663	Liza	Derek	Mina	Montaño	5	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
02	RC	1150955870	Edil	camilo	Sanga	Castro	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
03	RC	1150954941	Kilyan	Manuel	Tafuga	Mendoza	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
04	RC	1150956255	Gael	Alexander	Angulo	Rosero	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
05	RC	1143883763	Maia	Isabella	Rodriguez	Solis	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
06	RC	1154467180	Erick	samuel	candelo	Rosero	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
07	RC	1143883217	Anna	David	Fernandez	Hurtado	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
08	RC	1150955505	Jada	Antonela	Anchico	Valencia	4	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
09	RC	1113375923	Ian	Sterling	Lerma	Montaño	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
10	RC	1154467163	Walter	Joel	Montaño	Betancourt	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
11	RC	1119283373	Jacob	Mauricio	Aguilar	Chala	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
12	RC	1114428186	Lilen	Luana	Celedo	Anchico	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
13	RC	1150957071	Nohan	Zahir	Gil	Torres	1	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	19		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	13 niños
	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 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 PDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 7601015 2026
MES: 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: 7610900009156 9 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: Bajo Firme calle vanguardia 15-69 Teléfono UDS: 3137131268

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, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1232819190	Yeitan	Daley	Riascos	Riascos	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
02	RC	1111490 74	Reilan	Joiry	Fernandez	Bangueira	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
03	RC	1111925525	Chaiva	Nohamy	Gamboa	Estupiñan	4	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
04	RC	1120 70513	Rilan	Yiru	Gamboa	Caicedo	4	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
05	RC	1115 46763	Kilian	Samiy	Zamora	Hurtado	3	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
06	RC	1115467075	Thiago	stiven	Mosquera	Mosquera	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
07	RC	1130455430	Amber	Shailyn	Garces	Garces	3	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
08	RC	1111926200	Brian	Caleb	Perlaza	Montenegro	4	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
09	RC	1115468109	Jhon	Howar	Renteria	Vallecilla	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
10	RC	1111927957	Avia	Tatiana	Renteria	arrollo	3	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
11	RC	1111927419	Sofia	Ahany	valencia	Simisterra	3	3	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:	

Liz Ramirez
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 es considerada como COPIA NO CONTROLADA

AUTORIZO Y ACEPTO LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

28/08/2026 17:

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F21.MTY.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

DATOS OPERACIÓN PEDAGÓGICA
NIT 800231774 NÚMERO DE CONTRATO 76010152026
MES Agosto. AÑO 2026
MODALIDAD/PDA: 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): Sobeida Posso C. CC 38674027
Código CUENTAME UDS: 7610900081752 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Sendinto
Dirección UDS: Cra 85C03 (484) pombo. Teléfono UDS: 3155902175

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	R.C	1109688638	Salome		Godoy	Gonzalez	1	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
02	R.C	1111927690	Wesny	Adhara	Pedroza	Suñiga	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
03	R.C	1111930919	Arleth	Adhara	portocarrero	Rojas.	1	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
04	R.C	1112304784	Jorge	Isac	Gomez	Rivera	2	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
05	R.C	1113875292	Endrick	Smajcke	Longa	Reina	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
06	R.C	1113876107	Jaylen	Andres	Rivillos	Rocero	2.	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
07	R.C	1235146156	Deiby	Jair	Tobar	Moreno	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
08	R.C	1235146520	Zoe	Ainara	Torres	Mina	3		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
09	R.C	1235146815	Luis	Manuel	Lopez.	Moguera.	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
10	R.C	1235147448	Thon	Kenney	Algamora	Velazco.	2.	2.	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
11	R.C	1235147460	Kerolin	Daniela	Ramirez	Estupiñan	2	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
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 C.
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

F.27.MT1.PP	5/6/2025
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o POS: FUNDACION FUNDACOBA
NO. MODALIDAD: 4
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto
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 Amu
Codigo CUENTAME UDS: 76109000 81856
Direccion UDS: CR 01C# 17-26
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC:
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Piluños
Teléfono UDS: 3225972946

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		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	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES								
01	Rc	1061117570	Yeiner	Samuel	Riascos	Riascos	4	8	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAA			19		
02	Rc	1196716256	Emma	Isabella	Diaz	Lara	4	10	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAE			19		
03	Rc	1111929320	Jhan	Maykel	Palacios	Riascos	1	4	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAE			19		
04	Rc	1150956884	Aryen	Zoe	Riascos	Montaños	1	8	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAE			19		
05	Rc	1119286277	yainer	Josue	Cuellar	Castillo.	2	8	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAE			19		
06	Rc	1111827574	Jhon	Deiner	Obando	Riasco	3	8	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAE			19		
07	Rc	1150955956	Fallon	Nahomy	Garces	Carabali	3	8	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAE			19		
08	Rc	1109574154	Aileen	Samantha	Riascos	Riascos	4	5	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAE			19		
09	Rc	1235033640	Hersheel	Kamry	Sanchez	Viveros	2	5	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAE			19		
10	Rc	536218609	Alanna	Chariany	Asprilla	Garces	2	1	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAE			19		
11	Rc	529657773	Larry	Steyler	Arboleda	Rodriguez	3	11	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAE			19		
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

Maria A. Amu
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

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP | 6/8/2025
Versión 2 | Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública

Agosto | 76010152026

IDENTIFICACIÓN
Regional VALLE DEL CAUCA | Centro Zonal BUENAVENTURA | Modalidad BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a) Maria Benitez | CC ____
Código CLEVER/MIE UCA 76109001117062 | Nombre Unidad de Servicio / Unidad de Atención ecochomo
Dirección UCA CYBICH 27-26 | Teléfono UCA 3186391960

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

	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	
1	RC	1119275560	Kilian	Hernan	Riascos	Rodriguez	3	6	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAAA					
2	RC	1118375908	Chelsie	alana	Riascos	Bravo	2	8	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAEA					
3	RC	1183725925	Keiden	Yamir	Subanero	Romero	2	8	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAEA					
4	RC	1150955652	Mariana		Valencia	Mina	4	1	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAIA					
5	RC	1111927550	Jesus	David	Morcilla	Carabali	1	10	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAGA					
6	RC	1115660053	Miguel	angelo	Novarro	Rosero	5		AAAA	AAAAA	AAAAAAAAXA					
7	RC	1111937620	Ingrid	sofy	Bravo	Aramburo	4	1	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAIA					
8	RC	1235054526	Angel	Alonso	Cerrero	Luna	3	2	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAOA					
9	RC	1235147514	Liam	jeremy	Uragara	Ramos	2	2	AAAA	AAAAA	AAAAAAAA*A					
10	RC	1115655 6	Emmi	Isabel	Morcilla	Carabali	4	11	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAPA					
11	RC	1111937622	Carlos	Yair	Bravo	Aramburo	4	1	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAEA					
12	RC	1111937621	Hemerson	David	Bravo	Aramburo	2	1	AAAA	AAAAA	AAAAAAAAOA					
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
													TOTAL			

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

COORDINADOR(A) UCA

Maria P. Benitez
RESPONSABLE DE UNIDAD

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

FET-MT1-FP | 5/05/2020 | Versión 2 | Página 1 de 2 | Clasificación de la Información: Pública

EAS o FDN: FUNDACION FUNDIDORA
NIT: 800201714
MES: MARZO DE CONTRATO: 7601010020
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo DN: Sarani Benavides
Código CUENTAME UDS: 76109000911574
Dirección UDS: Cl 57 a G SUR 52 Antonio Nariño
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC: 29231803
Nombre Unidad de Servicio: Unidad de Atención: Rayito de Sol
Teléfono UDS: 3136121980
Mes: ___ de ____

INFORMACIÓN MENSUAL 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, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1061117568	Kelian	Gael	Riascos	Ospina	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 A A A A A	19		
02	RC	1119928133	Lesly	Michel	Cambop	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 A A A A A A	19		
03	RC	1115466611	Hansel	David	Vente	Jaramillo	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 A	19		
04	RC	1150955343	Dulce	Zaayarith	Arizala	Nieves	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 A	19		
05	RC	1150956755	Emily	Ariany	Valencia	Portocarrero	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	19		
06	RC	1150956346	Wainer	Andres	Perea	Caicedo	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	19		
07	RC	1235146483	Jhoan	Daniel	Rodriguez	Mina	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	19		
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 19

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

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

Guardar este archivo en su computador en lugar de imprimirlo

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y 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 FDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-8
MES: Agosto
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
Nombre Agente Educativo (a): Suleidi P.V
CC: 1111753652
Código CUENTAME UDS: 76109000081836
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los bellos
Dirección UDS: KRZ1CC6213
Teléfono UDS: 3154321541

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	1111926661	Jeiler	Yudiel	Mosquera	Rivas	4	7	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A		19		
02	RC	1111928910	Muria	Isabel	Murillo	Mosquera	2	8	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A		19		
03	RC	1154668536	Bluiner	Stiven	Siniestra	Benitez	4	10	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A		19		
04	RC	1154673555	Luz	Mariyiño	Valencia	Angulo	5		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A		19		
05	RC	1154676427	Valeri	Isabel	Ninfuya	Valoy	3	2A	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A		19		
06	RC	1154675151	Deilin	Alana	Mondragon	Mosquera	3	10	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A		19		
07	RC	1235124547	Hesbleidy		Cumbaa	Mosquera	5		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A		19		
08	RC	1111930736	Ana	Lucia	Rivas	Cericedo	1	9	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A		19		
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

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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 NUMERO DE CONTRATO 76010152026
MES: 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): Sandra Mosquera CC 38974319
Código CUENTAME UDS: Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Palcos
Dirección UDS: C/2B #15N660 Los Almendros B/hondo Teléfono UDS:

Hoja ____ de ____

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	2	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19		
02	RC	1111925582	Emma	Dalin	Angulo	Rodallega			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	F	A					19		
03	RC	1111926721	Asly	Yisel	Angulo	Rodallega			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	L	A					19		
04	RC	1111927988	Yulissi	Rodallega	Victoria				A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	C	A					19		
05	RC	1111928040	Kimberlin		Rodallega	Riviera			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	O	A					19		
06	RC	1111928200	Abel	Yael	Viveros	Rodallega			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	N	A					19		
07	RC	1111929568	Brayan	Estiven	Aragon	Angulo			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		A					19		
08	RC	1115467623	Alani		Rivas	Diaz			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		A					19		
09	RC	1144000123	Ailacn		Sinisterra	Mosquera			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		A					19		
10	RC	1144004958	Sharol	Stefani	Hurtado	Riviera			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		A					19		
11	RC	1151973531	Hansel	Elian	Valencia	Mosquera			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		A					19		
12	RC	1235147495	Alana	Sofia	Escobar	Sinisterra			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		A					19		
13	RC	1235147661	Luciana		Gonzalez	Tamo			A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		A					19		
14																												A							
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.ST1.PP	Página 1 de 2
Versión 2	
Clasificación de la Información: Público	

EAS o FDS y/o FUNDACION FUNDACRIA
NIT: 890939177-4
MES: agosto
NUMERO DE CONTRATO: 7610102026
AÑO: 2023
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SEDE/LUGAR DE ATENCION: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Ana Luisa Pangual
Código CUENTAME UDS: 761010200814823
Dirección UDS: D. 3A 78B-58 Campiña
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC: 66736608
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: H. Pinocho
Teléfono UDS: 3154567378

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN MENSUAL 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: 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		1115466269	Maria	Fernanda	Duque	Escobar	5		A A A A	A A A A A	A A A A A A A A A	A A		19		
02		1150954897	Sara		Castillo	Morales	4	9	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A A	F A		19		
03		1115466693	Heisel	Salome	Quintero	Viveros	4	10	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A A	H A		19		
04		1232818744	Alice	Thoana	Lozano	Gil	4	4	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A A	E A		19		
05		1085818960	Mariana		Paz	Castro	3	4	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A A	K A		19		
06		1150955557	Aylen	Andrea	Castañeda	Moreno	3	9	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A A	A		19		
07		1069775030	Dania	Alejandra	Villalba	Herrera	4	5	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A A	R A		19		
08		1150955056	EManuel		Montoya	Garcia	4	6	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A A	A		19		
09		1109578007	Ilan	Daniel	Lopez	Acevedo	2	8	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A A	A A		19		
10		1120072431	EManuel		Caballos	Lopez	4	11	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A A	A A		19		
11		1150956036	Angel	David	Salazar	Arias	3	3	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A A	A A		19		
12		1235146980	Eitha	Alejandra	Salamanca	Parra	3	1	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A A	A A		19		
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL

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

COORDINADOR(A) UDS

Ana Luisa Pangual
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	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: Agosto 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
Código CUENTAME UDS: 761090008175S Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Palomitas
Dirección UDS: Cra 82b POSTE 48 el Ruiz Teléfono UDS: 3163717058

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	1235145400	Anthony	Jose	Obando	duran	5	1	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
02	RC	1111927877	Jesus	David	Valencia	Murillo	4	5	A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
03	RC	1196716477	Jesus	Andres	Valencia	Aramburo	4	4	A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
04	RC	1150955586	Iveth	Samira	Cuero	Montaño	4	0	A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
05	RC	1150955669	Jesus	David	Suarez	Morales	3	10	A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
06	RC	1235146826	Brayan	Josue	Obando	duran	3	3	A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
07	RC	1235147383	Hanni	Camila	Carvajal	Martines	2	5	A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
08	RC	1235147546	Maria	Angel	Riascos	Arrechea	2	1	A A A A / A A A A A / A A A A A		19		
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:	

Lyz Erna R.
COORDINADOR(A) UDS

CarmenMelaniaReyes
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

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 NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Marisol Urbano
Codigo CUENTAME UDS: 7610900081831
Dirección UDS: Cl 72 calle Sa Unión de vivicada

Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC: 31603471
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La casita
Teléfono UDS: 312 697 9177

pag ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																						ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									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	1113375882	Emmanuel	Elias	Gaviria	Hurtado	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
02	RC	1154674 17	Diana	Elizabeth	Gaviria	Hurtado	4	0	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P							18		
03	RC	1154676 33	Drake	Yulian	Rios	Mina	4	8	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P							18		
04	RC	1150956026	Anny	Zoe	Hurtado	Garcia	3	5	P	P	P	A	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P							18		
05	RC	1150956285	Diana	Katholeya	Suarez	Mosquera	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
06	RC	1196716407	Luis	Elián	Campos	Mosquera	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
07	RC	1235146985	Jhon	Janer	Viveros	Gomez	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
08	RC	1235146789	Mia	Luciana	Campos	Montaño	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
09	RC	1235147639	Marangel		Anchico	Campos	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
10	RC	1235146165	Harry	Smith	Gomez	Rodriguez	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							18		
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	05/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

Hoja ___ de ___

EAS o PDE: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805022177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: agosto
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): Luz aidee Perea
CC: 66 941 480
Código CUENTAME UDS: 7610900081540
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Divino niño
Dirección UDS: Cra 16 14z 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: PRIMERA (LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	7777928888	Kiara	Loriani	Pretel	Ramires	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	19		
02	RC	7791298096	Jaden	Samir	Ruiz	Calcedo	2	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A	A					19		
03	RC	7235145228	Lizbeth		Perea	lopez	4	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A	A					19		
04	RC	7773375728	Anni	Gabriela	Cobo	bonilla	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A	A					19		
05	RC	7235147090	Jhoan	Emir	Cuero	Palacios.	2	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A	A					19		
06	RC	7750956272	isaac.		Sanchez	Congora.	2	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A	A					19		
07	RC	7235145462	Angela	Maria	Borja	Mosquera	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
08	RC	7777928640	ian	Gael	Riascos	Palacios	2	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A					19		
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 considera como COPIA NO CONTROLADA.

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

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

Hoja ___ de ___

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 806023177-4
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto
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): Yndira Gisela Ortiz CC 38 474 970
Código CUENTAME UDS: 761 090 00 84783
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las brisas
Dirección UDS: Trans 77 calle 3ra
Teléfono UDS: 315 446 5523

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	
01	RC	1235514764	Joshua	Ivan	Montaño	Medina	1	7	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	19		
02	RC	1113.373.667	Keiler	Daniel	Muñoz	Garcia	3	3	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	19		
03	RC	1115.462.192	Deisy		Quiñonez	Arenas	4	6	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	19		
04	RC	1150.955.627	Milan	Yael	Ramos	Riascos	3	11	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	19		
05	RC	1150.956.759	Emmanuel	Kaleth	Reina	Riascos	2	4	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	19		
06	RC	1235.146.376	Dilan	Alexander	Gualpo	Ruiz	4	3	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	19		
07	RC	1'235.748.085	Wellin	Ainara	Solis	Casquete	1		LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	LMMJV	19		
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 A.
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 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	6/5/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la información: Pública

EAS o PDS: **FUNDACION FUNDACOBA**
NIT: 805023177-4 NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto 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): Yovanis Z CC 38477114
Código CUENTAME UDS: 7610900088466 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atencion: El Milagro
Dirección UDS: Teléfono UDS: 3118960574

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	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	
01	RC	1112554666	Jhoel	Steven	Zamora	Fernandez			A	A	A			A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A				19		
02	RC	1115467688	Zuleidy		Cuero	Valdez			A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A				19		
03	RC	1150945527	Brooklin		Angulo	Valencia			A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A				19		
04	RC	1233146235	Emily	Fernanda	Aguirre	Murillo			A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A				19		
05	RC	1235146235	Ashly	Jireth	Angulo	Ortiz			A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A				19		
06	RC	1235147434	Sara	Yisel	Paz	Mina			A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A				19		
07	RC	1196716203	Jeimar	Josue	Paz	Mina			A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A				19		
08	RC	1119286446	Maria	Paula	Valencia	Boya			A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A				19		
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:	8

COORDINADOR(A) UDS

Yovanis Zamora
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

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F27.MT1.PP	5/08/2026
		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: AGOSTO 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___

Código CUENTAME UDS: 7610900091393 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención___

Dirección UDS: CLL 3 TR 79 # 11-26 UNION DE VIVIENDAD Teléfono UDS: 310731

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																												
01	RC	1235146679	KEY	HADANNA	SALAZAR	BERMUDEZ	3	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	R	A				19		
02	RC	1232829524	ALLISON	JIRETH	MOSQUERA	MONTAÑO	2	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	E	A				19		
03	RC	1191228326	JADEN	ZAYAN	LERMA	DE LA HOZ	2	3	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	F	A				19		
04	RC	1115468035	AYSEL	YARESTH	LEDESMA	CUERO	2	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	L	A				19		
05	RC	1235146103	DEILIN	AYNHOA	RIASCOS	PALACIOS	4	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	E	A				19		
06	RC	1232825934	JULIANA		ARIAS	LOPEZ	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	X	A				19		
07	RC	1234202328	ASLHYN	MARIANA	MORENO	LONGA	3	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	I	A				19		
08	RC	1144006184	ANGEL	GABRIEL	COLLANTE	CUESTA	1	5	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	O	A				19		
09	RC	1111932015	EMMA		GRANJA	FERRIN	1	11	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	N	A				19		
10	RC	1235146522	ZAURI	CELESTE	VIVEROS	ANGULO	4	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	P	A				19		
11																												E							
12																												D							
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:	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	10
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	0

Luz Erika Ruiz
COORDINADOR(A) UDS

Katherine Palacios
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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 CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	05/08/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023171-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto 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): Leidy Torres H. CC: 1111.765490
Código CUENTAME UDS: 76109B0091564 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Manitos inquietas
Dirección UDS: V/A S/N poste 173 Las palmas Teléfono UDS: 3215929854

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, 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
01	RC	1196716446	Flor	Maria	Renteria	Camacho	4	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A					19		
02	RC	1235147850	Kendall	Jassiel	Agudelo	Mina	2	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A						19		
03	RC	1235146492	Mia	Salome	Payan	Valencia	4		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A						19		
04	RC	1111928131	Gael	Steileer	Boya	Garcia	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A						19		
05	RC	1235147475	Luis	Yael	Garcia	Gamboa	2	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A						19		
06	RC	1235146187	Lesli	Paola	Orobio	Castillo	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A						19		
07	RC	1150954706	Alison	Andrea	Navarro	Mercado	5	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A						19		
08																									e									
09																									d									
10																									o									
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

Leidy Torres H.
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	05/08/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

MES: Agosto — AÑO: 2026 — NUMERO DE CONTRATO: 78010152026

IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___

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

Nombre Agente Educativo (a): Lucy Ponchara — CC: 66747872

Código CUENTAME UDS: 3610900081474 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MI2 hogar

Dirección UDS: Cr 77 A 11 Nuevo Horizonte — Teléfono UDS: 3128195496

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	1117171388	Luz	Maria	Suarez	Salazar	4		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A								19		
02	RC	1115467739	Ana	Lucia	Rodallega	Tovar	3		A	A	A	A		A	P	A	P	A	A	A	A	A	A	A	P								19		
03	RC	1150955324	Karen	Milexi	Paragmeño	Achito	4		A	A	A	A		A	P	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P								19		
04	RC	1115467991	Elizabeth	Sofia	Rodriguez	Vanim	3		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L								19		
05	RC	1235148076	Amaira		Perlaza	Mosquera	3		A	A	A	A		A	P	A	P	A	A	A	A	A	A	A	E								19		
06	RC	1111927949	Kilian	Josue	Ramirez	Riascos	3		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X								19		
07	RC	1235145691	Jainer	Alejandro	Rodriguez	Renteria	4		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P								19		
08	RC	1235147208	Samuel		Moreno	Bolaños	2		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P								19		
09	RC	1115466879	Zaid	Adrian	Cordoba	Riascos	4		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P								19		
10	RC	1150954918	Mateo		Ocampo	Estupiñan	4		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P								19		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL 19

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	

Lyz Erna R — COORDINADOR(A) UDS

Lucy Ponchara — 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	6/6/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS :FUNDACION FUNDACOBA

NIT 805023177-4

MES: Agosto

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): Mery yulieth M cc 1111813232

Código CUENTAME UDS: 761090006 84770

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atenció: Caperucita roja

Dirección UDS: Crr68-Cll5-36 Forlaleza

Teléfono UDS: 3233376780

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111929209	Rusbelh	Daniel	Riascos	Mosquera	2	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19		
02	RC	1113375683	estefania		Montaño	Castillo	3	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
03	RC	1115466471	Dulce	Maria	Aramburo	Serna	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	F	A					19		
04	RC	1115466796	Noah	Jose	Medina	Escobar	4	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	L	A					19		
05	RC	1150955268	Keluin	Mathias	Angulo	legardo	4	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
06	RC	1191226462	Yastin	Jhobao	Riascos	Rosendo	3	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	X	A					19		
07	RC	1232834507	Angely		Herrera	Cangua.	1	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A					19		
08	RC	1235146445	Yoselin		Torres	Panameño	4	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	O	A					19		
09	RC	1235147320	Jeicob	Samir	Gonzalez	Moreno	2	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	N	A					19		
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	P	A					19		
11	SD	2837353947	Jack	David	Alexis	Gonzalez	2	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
12																												d								
13																												a								
14																												go								
15																												g								
16																												i								
17																												c								
18																												a								
19																																				
20																																				
																																	TOTAL	19		

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:	

[signature]

COORDINADOR(A) UDS

Mery yulieth Marquera.

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 | 26/06/2025
Versión 1 | Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES:
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE Centro Zonal _ BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Luz Nolly Ramirez CC 1192910883
Código CUENTAME UDS: 76109000057630 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los pitufos
Dirección UDS: Q1 Q Fuerte Teléfono UDS:
Hoja ___ de ___

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	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: CAUSA DE RETIRO
12		1235147835	Ian	Josue	Bonilla	Calcado	1	7	PRIMERA: LUNES A, MARTES A, MIÉRCOLES A, JUEVES A, VIERNES	19		
13		1150955701	maria	del carmen	mosquera	mina	4	1	SEGUNDA: LUNES A, MARTES A, MIÉRCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	19		
23		1111927161	Jainer	andres	Calcado	Garces	4	5	TERCERA: LUNES A, MARTES A, MIÉRCOLES A, JUEVES A, VIERNES A	19		
24		1111929003	Sharon	Ciel	Bonilla	Canga	2	5	CUARTA: LUNES A, MARTES A, MIÉRCOLES A, JUEVES A, VIERNES R	19		
25		1111929311	Eldi	Samantha	Calcado	Garces	3	5	QUINTA: LUNES A, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES	19		
26		1235195988	Chairi	Alexandra	Calcado	Gamboa	5	2		19		
27		1235102193	Trailin	Samantha	Gruesso	Torres	2	11		19		
28		1140003433	laura	Sofia	Torres	Valencia	3	0		19		
29		1191227051	Ian	David	Rodallega	Granja	3	3		19		
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												

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:

COORDINADOR(A) EA

Luz Nolly Ramirez
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

Versión 5

Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
MES: AGOSTO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR C
SERVICIO DE ATENCIÓN: HBC
NUMERO DE CONTRATO: 7601575 2025
AÑO: 2026
COMUNITARIA
HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Darlin T. Viveros CC 1143694
Código CUENTAME UDS:
Dirección: B/ Villa Linda
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Lucesita
Teléfono UDS: 3114364832

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA: TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES, MARTES, 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 DE ASISTENCIAS	TOTAL INASISTENCIAS	FECHA DE RETIRO
01	RC	1111926145	Abner		Cabezón	Conquista	4	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A	15		
02	RC	1114249835	Deviana		Rodriguez	Gonzales	4	5	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
03	RC	1235246359	Angel	Jadier	Renteria	Campozano	4	2	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
04	RC	1111927086	Angel	David	Gonzales	Torres	4	3	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
05	RC	1235147075	Jhon	Edwar	Minota	Sanchez	2	11	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	15		
06	RC	1235146895	Kaidy	Luciana	Sinisterra	Castro	3	3	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
07																
08																
09																
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: 6
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) EA

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 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	05/08/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023171-4 NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: agosto 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): Ana Mirella Angulo A CC 38473996
Código CUENTAME UDS: 7610900102367 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Arcoiris
Dirección UDS: Calle 3 cra 83 Barrio Las Palmas Teléfono UDS: 3175069449
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	7235145652	Sherasay		Garces	Espinosa	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19		
02	RC	7235146405	Jesus	Javier	Murillo	Perea	4	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A						19		
03	RC	7777926791	Daifer		Diaz	Zamora	4	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A						19		
04	RC	7235145805	Ander		Sanchez	Gamboa	4	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A						19		
05	RC	7708575144	Emanuel		Lizalda	Angulo	4	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A						19		
06	RC	7773543863	itany	yareli	Guerrero	Diaz	5	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	M	A						19		
07	RC	7773374914	Derlin	Celeste	cortes	amú	5	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A						19		
08	RC	7235145503	Jhon	Charly	moreno	Celorio	5	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A						19		
09	RC	7235146695	Thiago	Nicolas	Gamboa	aragón	3	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A						19		
10	RC	7232834188	Josafat	Elias	Quiñones	Torres	2	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A						19		
11	RC	7235145577	Deimar	Stiven	Cuero	Riascos	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A						19		
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:	77
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Liz Eunice Rodriguez
COORDINADOR(A) UDS

Ana Mirella Angulo 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

FZ7.MT1.PP	05/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o POS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES: agosto
AÑO: 2026
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
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): Anadelia Gonzales
CC: 35805892
Código CUENTAME UDS: 7610900091438
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: manitos Traviesos
Dirección UDS: Barrio . Caldas
Teléfono UDS: 3206617372

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO 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	7066848160	Evlin	Smith	Diaz	Moreno	5	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A				19		
02	RC	7077176844	Emma		Gamboa	Moreno	5	4	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A				19		
03	RC	7777925761	Alan	Jael	Palacios	Salcedo	5	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A				19		
04	RC	7777926896	Dama	Celeste	Cortez	Vasques	3	11	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A				19		
05	RC	7775466609	Cristin	Jahanny	hurtado	Nuñez	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A				19		
06	RC	7791226453	Alayna		Miñota	Gonzales	3	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A				19		
07	RC	7232827463	Eithan	Gael	Gonzales	Sanclemente	2	11	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A					A				19		
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:	

Liz Erna R
COORDINADOR(A) UDS

Ana delia Gonzales
RESPONSABLE DE GRUPO

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 PDI: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 8052231774
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: AGOSTO
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): ingrid Liliana mosquera 1111758341
Código CUENTAME UDS: 76109000823 62
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pequeñin
Dirección UDS: cr 5B B antigua mariño
Teléfono UDS: 3162751998
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN 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, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111927460	Justin	Alexander	Lopez	muñoz	3	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A			
02	RC	1111927578	Laiam	julieth	Payan		4	3	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A			
03	RC	1113375372	Dafne	charlotte	Hurtado	mosquera	4		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A			
04	RC	1089006025	Josua		Payan	angulo	5	2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A			
05	RC	1150956093	Karla	nahomi	Torres	Torres	3	4	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A			
06	RC	1150956752	Josue		Riascos	Riascos	2	5	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A			
07	RC	1235147454	Sara	yaretzy	Rivera	Quintero	2	2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A			
08	RC	1103073325	Kendrick	Gael	Bojorge	Gonzales	1	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A 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:	
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Ingrid Liliana Mosquera C.
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	SISTEMA
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Público	

BAO o POS FUNDACION FINDACOBA
Nit 805029177-4
MES Agosto
MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCION MODALIDAD COMUNITARIA DE BIENESTAR HCB

NUMERO DE CONTRATO 76010152026
AÑO 2026

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Yurany Cuaran
Código CUENTAME UDS 76109000091573
Dirección UDS: Diag 3 # 89-58

Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC 1144032489
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: 3107246430
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre UDS: Los Pajaritos

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN MENSUAL 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	1235147323	Jenna		Cardoza	Pelaez	3	3	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / R E A			
02	RC	1235147237	Zoe	Saray	Cuartas	Hincapie	2	5	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / F A			
03	RC	1150956456	Genesis	Daylanee	Cordoba	Buenaventura	2	9	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / L A			
04	RC	1235095172	Herlinda	Sofia	Bravo	Valencia	3	8	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / E A			
05	RC	1235145732	Mia	Sharlotte	Cardoza	Pelaez	4	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / I A			
06	RC	1113375031	Tina	Angelica	Monsalve	Leal	4	8	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / N A			
07	RC	7710981	Mariana	Isabella	Zapata	Roque	5		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / T A			
08	RC	1113376055	Dyeck	Steyler	Beltran	Montaño	2	4	A A A A A / A A A A D / A A A A A / A A A A A / E A			
09	RC	1235145939	Gael	Ariel	Jaramillo	Nieves	3	1	A A A A A / A A A A A / 2 A A A A / A A A A A / P A			
10		819164	Wuilemi	Antiva	Gonzalez	Navarez	3	7	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / E A			
11	RC	1119971192	Yeico	Andres	Argote	Garcia	3	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / C A			
12	RC	1235145337	Dylan	Andres	Loaiza	Zapata	5	1	A A A 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

CAUSA DE RETIRO

Verificación De Cobertura

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

Ley Eunice
COORDINADOR(A) UDS

Yurany Cuaran.
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto 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): Noblio Valencia CC: 11117.90927
Código CUENTAME UDS: 7601091112900 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Jos Pitofos
Dirección UDS: Cra 29 Pll 3A 26 Santa Fe Teléfono UDS: 3122417709

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	1235146852	Kiara	Nohemi	Mosquera	Salcedo	3	4	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / K A	19		
02	RC	1111926927	Yandry	Eliza	Ortuela	Medina	4	0	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / E A	19		
03	RC	1111931120	Helen	Sofia	Ampyo	Castro	4	1	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / I A	19		
04	RC	1235146533	Yhordan	Andres	Granada	Angulo	3	9	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / E A	19		
05	RC	1111928267	Johan	Yasiel	Montaño	Martinez	3	0	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / X A	19		
06	RC	1150956093	Jesus	Daniel	Ocoro	Amu	3	4	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / H A	19		
07	RC	1144003153	Juan	Camilo	Pena	Mosquera	3	8	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / O A	19		
08	RC	1113375970	Yesel	Isaac	Candelo	Yepes	2	7	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / P A	19		
09	RC	1113375813	Eitan	Josue	Candelo	Yepes	4	7	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / E A	19		
10	RC	1111929264	Yhoset	Manuel	Bravo	Riascos	2	3	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / O A	19		
11	RC	1107543072	Yhon	Angel	Toloza	Valencia	3	9	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
12	RC	1111929704	Brayden	Nohayan	Diaz	Pino	2	3	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / G A	19		
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

Natalia Valencia 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

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: Agosto 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): Maggali Perea Vasquez CC 1.111.745.372
Código CUENTAME UDS: 76109000827421 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Tamarindos
Dirección UDS: Cra. Santa Rosa Cll 7 #23 450 Teléfono UDS: 3226084809

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	RP	1235147207	Gael	Smith	Hurtado	Janiero	3	10	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	19		
02	RP	1113375371	Tyrone	José	Gonzalez	Pastrana	3	11	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	19		
03	RP	1111922356	Joshua	Aaron	Ramos	Siniterra	2	11	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	19		
04	RP	1114922530	Mikel	Josue	Gallegos	Mosquera	3	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	19		
05	RP	1111927683	Alan	David	Arello	Valencia	3	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	19		
06	RP	1114928226	Jose	David	Valencia	Valencia	3	1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	19		
07	RP	1140936303	Khey	Alexander	Torres	Asprilla	3	1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	19		
08	RP	1234201463	Dorian	Matia	ortiz	Valencia	4	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	19		
09	RP	1111926373	Erick	David	Angulo	Rodriguez	4	10	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	19		
10	RP	1115466816	Luis	Eduardo	Valencia	Ruiz	4	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	19		
11	RP	1115468210	Alani	Zoe	Sanchez	Salcedo	2	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	19		
12	RP	1115467999	Jose	Julian	Rentería	Valencia	2	9	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A	19		
13	RP	1115467899	Keyli	Zoe	Mondragón	Olave	8		A A A A A / A A A A A / A A A A A / I C A	19		
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

Maggali Perea 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

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: AGOSTO
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
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 A. Sanchez
CC: 1.111.793.523
Código CUENTAME UDS: 3760900082744
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS CANTANTES
Dirección UDS: Cra 23c #7-41 B. Santa Cruz
Teléfono UDS: 318 418 9705

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	
01	RC	1115467717	Theylor	Saori	Caicedo	Sanchez	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19		
03	RC	1115467898	Jailen	Karime	Angulo	Granja	2	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
02	RC	1111928882	Cataleya		Angulo	Arboleda	2	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	F	A					19		
04	RC	1113375455	Hanson	Smith	Mosquera	Sinisterra	3	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	L	A					19		
05	RC	1111926744	Kennerk	Farid	Carga	Congo	4	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
06	RC	1111930037	Jader	Izan	Grueso	Medina	1	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	X	A					19		
07	RC	1111930752	Kylian	Samir	Riascos	Castro	4		A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A					19		
08	RC	1111927887	Ethan	Zamir	Manyoma	Gamboa	3	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	O	A					19		
09																												N								
10																												P								
11																												D								
12																												G								
13																												C								
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:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

TOTAL

Luz Erika R.
COORDINADOR(A) UDS

María Angélica 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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamSca

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: Agosto 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): Emilson Pulecio V CC: 6674489S
Código CUENTAME UDS: 7610900084766 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Ponelitos
Dirección UDS: Bo. Independencia Pj. San Andres Teléfono UDS: 3128684905
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	1110258563	William	Jose	Angulo	Torres	5		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
02	RC	1111929967	Amirhan	Axel	Gallego	Noguera	1	10	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
03	RC	1112411252	Jheremy		Campaz	Rojas	4		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
04	RC	1154672260	David		Toro	Muñoz	4	2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
05	RC	1150955681	Tiana	Sofia	Renteria	Paredes	4	1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
06	RC	1241449016	Yelena		Torres	Moreno	2	5	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
07	RC	1241449054	Yhoel	Daniel	Coronado	Hurtado	2	4	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
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

Emilson Pulecio V.
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: Agosto 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): Eilyn nayeli Cordoba Murcia CC 1006188639
Código CUENTAME UDS: 76010900097384 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El Futuro
Dirección UDS: Cll. Independencia Pl. San Andres 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)																						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	1109937411	Mariangel		Gutierrez	Montealegre	3		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1111928037	Miguel	Angel	Castillo	Miranda	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
03	RC	1111928038	Liam	Andres	Castillo	Miranda	3	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
04	RC	1111930621	Aolara		Siniestara	Olvero	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
05	RC	1111930627	Evangelina		Siniestara	Olvero	1	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
06	RC	1113375954	Sofeeth	Keilanny	Zamora	Quinonez	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
07	RC	2451577094	Zaluda	Lucia	Perea	Tordondo	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
08																																				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
																																	TOTAL			

APLICATIVO

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

Eilyn nayeli Cordoba Murcia
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
MES 01 9 03 20
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: 2020
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Carol Valencia
Código CUENTAME UDS:
Dirección UDS: Cra 33 cll 4
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC 1111788203
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Teléfono UDS: 3145455439
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN BIOMIDUAL 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	1111928367	Kilian	Matias	Cuero	Saac	2	11	A A A A A	A A A A A	19		
02	RC	1111929508	Kendall	Alanna	Olivero	Diaz	2	7	A A A A A	A A A A A	19		
03	RC	1235142167	Luciana	Alejandra	Hendaza	Torre	3	8	A A A A A	A A A A A	19		
04	RC	1191228174	Sheila	Isabella	Torres	Valencia	2	6	A A A A A	A A A A A	19		
05	RC	1111929054	Luis	Ismael	Polo	Renteria	2	4	A A A A A	A A A A A	19		
06	RC	1111929523	Luis	Bethaleya	Garces	Anchico	2	2	A A A A A	A A A A A	19		
07	RC	1111930531	Ailany	Shaith	Hernandez	Valencia	1	6	A A A A A	A A A A A	19		
08	RC	1235147735	Emmanuel		Ramos	Vivero	1	8	A A A A A	A A A A A	19		
09	RC	1108241158	Shailen	Tamara	Zamboa	Valencia	4	5	A A A A A	A A A A A	19		
10	RC	1235146578	Alan	Jael	Orobio	Quintero	3	7	A A A A A	A A A A A	19		
11	RC	1113376202	Josbuen	Emmanuel	Hurtado	Pinedo	1	11	A A A A A	A A A A A	19		
12	RC	1150953060	Neiban	Alexander	Perez	Quiñones	1	3	A A A A A	A A A A A	19		
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:	

Luz Emma
COORDINADOR(A) UDS

Carol 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

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	

FUNDACIÓN FUNDACOBA

7-4
osto
E ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA
TENCIÓN HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

NÚMERO DE CONTRATO 76015752025
AÑO 2026

IDENTIFICACIÓN — Hoja ___ de ___

Regional VALLE DEL CAUCA — Centro Zonal BUENAVENTURA — Municipio BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a) Yaneth Yori Ortiz — CC 66945127

Código CUENTAME UDS 7610900082746 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención los 15 Enanos

Dirección UDS Cra 7a - Barrio Progreso — Teléfono UDS 3172796450

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS (PRIMERA: LUNES A VIERNES; SEGUNDA: LUNES A VIERNES; TERCERA: LUNES A VIERNES; CUARTA: LUNES A VIERNES; QUINTA: LUNES A JUEVES)	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES				
	1113375432	Valerin	ARIDNA	Torres	Valencia	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A	19		
	1113376137	Belkis	ARIDNE	Torres	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 A	19		
	1115466711	Drenling	Michel	Siniterra	Valencia	5	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A F A	19		
	1235146112	Luis	Angel	Valencia	Castro	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A E A	19		
	1119293	thiana	de los Angeles	Obando	Renteria	2	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A X A	19		
	1235145349	Dailin	Amaia	Osma	Calle	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A I A	19		
	1151973519	Nithan	Smith	Aguilar	Iborguen	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A N A	19		
	1150956390	Elian	Samuel	Mena	Murrillo	2	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A P A	19		
	1150147211	Eimy	Jazley	Valencia	Benitez	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	19		
	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	19		
	1119293171	Dorlan	Elian	Quiñones	Jimenez	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	19		
	1113705511	Dominic	Joel	Riascos	Valencia	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			

TOTAL

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

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 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	5/08/2025
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto
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
Código CUENTAME UDS: 76109000081849
Dirección UDS: Cra 29 B #20 Barrio Santa Fé
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC: 31635114
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Gorriones
Teléfono UDS: 2167012397
Hoja ___ de ___

INFORMACION 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	1235145800	Daini	Viviana	Congó	Renteria	5	0	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A					19		
02	RC	1235145695	Isabel	Cristina	panameño	Caicedo	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A					19		
03	RC	1.115468050	Heidy	Milagros	Vasquez	Diaz	2	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A					19		
04	RC	1.115466377	Keyller	Stiven	Angulo	Gonzales	5	0	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A					19		
05	RC	1.1133766102	Noah		Vallejo	Casquete	2	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A					19		
06	RC	1.111929463	Heilin	Daimara	Valencia	Gomes	2	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A					19		
07	RC	1.111926883	Jose	Miguel	Ramos	Murillo	4	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A					19		
08	RC	1.111927174	Keyder	Jhael	Mosquera	Gamboa	3	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A					19		
09	RC	1.111.925680	Lian	Sneider	Suarez	Valencia	5	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A					19		
10	RC	1.111.928676	Tiago	Alexander	Angulo	Canga	2	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A					19		
11	RC	1.111.930553	Lahian	Josue	Gamboa	Bonilla	1	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A					19		
12	RC	1.111.926140	Jordan	Josue	Riascos	Riascos	5	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A					19		
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	

Luz Nelly Valencia Garcia
COORDINADOR(A) UDS

Luz Nelly Valencia Garcia
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 POS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT 900921177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: MADRES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Loaiza Adolfo
Código CUENTAME UCB: 76JCA000287762
Dirección UCB: Cll 66 A7-6A Alnavista
Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
CC 1111819738.
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La loma.
Teléfono UCB: 3137961747.
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 BIMENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1087718706	Maximiliano		Palacios	Payan	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
02	RC	1087719350	Kian	Emiliano	Payan	Pulgarin	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
03	RC	1111977378	Jhon	Maikel	Novoa	Mendoza	3	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
04	RC	1111977461	Dennis	Josué	Cascedo	Ramos	5	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
05	RC	1115461936	Kian	Yesid	Andrade	Bonilla	2	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
06	RC	1111977069	Williams	Alexandra	Medina	Alvarado	3	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
07	RC	1196716243	Ariadna	Sireth	Aspilla	Blascos	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
08	RC	1111977740	Santiago	Jesus	Contreras	Estrada	3	4	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	19		
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	19		

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:	

Loaiza Angélica V.
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 ISBF, ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Domihla Aspilla CC 66.745891
Código CUENTAME UDS: 7610900091607 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Simpson
Dirección: CY 32B #4-81 B. Kennedy Teléfono UDS: 3104230747

No de Orden	INFORMACION DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																						TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				SEMANAS																								
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA						
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1234202162	EILIN	ZOE	HURTADO	CAICEDO	4	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A				19		
02	RC	1235146975	AIDEN	JASIR	NAVARRETE	VALENCIA	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A				19		
03	RC	1150956785	ANTONELLA		CAICEDO	HURTADO	2	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A				19		
04	RC	1115467679	IAM	JAMPIER	SINISTERRA	LOPEZ	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A				19		
05	RC	1235146781	MAICOL	GABRIEL	RENTERIA		3	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A				19		
06	RC	1150956437	KAYLEM	CHARY	SUAREZ	GONZALEZ	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A				19		
07	RC	1111929725	THIARY	YAHANNY	SINISTERRA	ANGULO	1	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A				19		
08	RC	1111927904	ALLISON	GISELLE	MORENO	MORENO	3	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A				19		
09	RC	1111929163	KENDRICK	JOAO	QUIÑONEZ	MOSQUERA	2	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A				19		
10	RC	1111928937	AISHA	NAILEA	GARCIA	GODOY	2	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A				19		
11	RC	1196716441	JIRETH	MARIANA	BENITEZ	RAMIREZ	4	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A				19		
12																												P							
13																												D							
14																																			
15																												6							
16																																			
17																																			
18																												A							
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:

Domihla 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

Powered by CamScanner

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

No. 08

Responsable: Maria D. Cardenas
[illegible] 26110900857287
K.46 C11 45W Olímpico

Código: 31610249
Nombre: Mi Finca
Teléfono: 3154489129

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	Total Asistencia
1	RC	1235146140	Sebastian		Espinosa	Cardenas	4	5	AAAA AAAAA AAAAAAAAA A	19
2	RC	1115467572	James	Jacob	Klascos	Cardenas	3	7	AAAA AAAAA AAAAAAAAA A	19
3	RC	1111927603	Stelsy	Saral	Espinosa	Castillo	5	4	AAAA AAAAA AAAAAAAAA A	19
4	RC	1111927262	Keilor	Ivan	Balentierra	Obando	4	6	AAAA AAAAA AAAAAAAAA A	19
5	RC	1111927059	Dilan	Andres	Cardenas	Garcez	4	1	AAAA AAAAA AAAAAAAAA A	19
6	RC	1066849038	Luz	Damariz	Benitez	Garcias	2	11	AAAA AAAAA AAAAAAAAA A	19

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	

[signature]
Coordinador(a)

Maria D. Cardenas Compat
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.FP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 3

Clasificación de la Información: Pública

EAS o PDS : FUNDACOSA

MES: Agosto

AÑO: 2025

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION

Regional: VALLE DEL CAUCA

Nombre Agente Educativo (a): Rosa castro

Código CUENTAME UDS: 7610900 7209

Dirección UDS: Cra 48 - C 9 - 937

cc 29754953

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los cordaitos

Teléfono UDS: 3225458426

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Cobro	TIPO DOC.	NUMERO 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.	1119273390	JESUS	BRIAN	IBARGUEN	SINISTERRA	3	7	A A A A A / A A A A A / A A A A A A A A / A	19		
02	RC.	1115966793	EYYCK	DANIEL	GARCES	VALOY	4	8	A A A A / A A A A A / A A A A A A A A / A	19		
03	RC.	1119268837	BRITHY	SOFIA	RIVAS	HURTADO	4	1	A A A A / A A A A A / A A A A A A A A / A	19		
04	RC.	1119265499	MAIBER	ORLEY	BENTERIA	MORENO	3	4	A A A A / A A A A A / A A A A A A A A / A	19		
05	RC.	1107541391	VICTOR	JOSUE	MEZA	BENTERIA	4	8	A A A A / A A A A A / A A A A A A A A / A	19		
06	RC.	1106467539	BENJAMIN		SINISTERRA	ANGULO	3	7	A A A A / A A A A A / A A A A A A A A / A	19		
07	RC.	1119279033	JHEINER	ANDRES	MOSQUERA	RIASCOS	2	4	A A A A / A A A A A / A A A A A A A A / A	19		
08	RC.	1150955865	BRASLY	YULIANA	GARCES	RIASCOS	3	7	A A A A / A A A A A / A A A A A A A A / A	19		
09	RC.	1150966129	KEYNER	JOA	SANCHEZ	ARBOLEDA	3	5	A A A A / A A A A A / A A A A A A A A / A	19		
10	RC.	1235196709	KEYLER	SAMIR	RIASCOS	MARTINEZ	3	5	A A A A / A A A A A / A A A A A A A A / A	19		
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

Rosa Castro
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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 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	

Hoja ___ de ___

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto
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): Flor M Caicedo
Código CUENTAME UDS: 76109000056134
Dirección UDS: Kra 47a Poste 15-10
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC 66944326
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los Super Amigos
Teléfono UDS: 3175962476

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	1111929241	Jesus	David	Valencia	Aramburo	2	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						19		
02	RC	1111927710	Andres	felipe	Siniestera	Alegria	3	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A							19		
03	RC	1111929330	Luis	Carlos	Soliz	Mosquera	2	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A							19		
04	RC	1113375147	Elian	Danny	Hansen	Bandales	4	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A							19		
05	RC	1113375766	Briana	Lisandra	Cuero	Caicedo	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A							19		
06	RC	1112411593	Dilan	Andres	Chantre	Daza	2	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A							19		
07	RC	1150956697	Isaro/	Daimara	Bonilla	Amú	2	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
08	RC	1191228354	Nerlin	Daniela	Anchico	Mosquera	2	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	19		

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 Mary Caicedo Amaya
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 DEBEN 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	8/06/2020
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

SAS o PZS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805029174
MES: agosto
NUMERO DE CONTRATO: 7601015 2026
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: ANA Milena angulo Mena
CC: 38.466.063
Código SUENTAME UCR: 7610900081547
Nombre UDS: las conchas
Dirección UDS: CRA-44-4-SUR 35 Bellavista
Teléfono UDS: 3174547351

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)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1154678823	Mia	celeste	Donoi	tello	2	11	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	18		
02	RC	1154626	chelsY	andrea	Valencia	caicedo	4	2	H A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A P / A			
03	RC	1159626	Kilian	Jose	Grueso	Valencia	3	1	A A A A A / A A H A A / A A A A A / A A A A L / A			
04	RC	1114928726	EdwaR	Julian	Rentoio	castillo	2	8	H A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A C / A			
05	RC	1150955 4	KEYSSI	Isabela	Rivas	Diaz	4	1	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A O / A			
06	RC	1150956816	DuiLY	celeste	Rintoru	Renteria	1	10	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A N / A			
07	RC	1235147588	HEILIN	Naomi	Rivas	Diaz	7	9	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A D / A			
08	RC	1119928343	Elian	FERNEY	siniStoru	Cardenas	3		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A E / A			
09	RC	1150495693	I Am	DAVID	murillo	arrollo	7	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A G / A			
10	RC	1173376280	EitHun	Gael	Portalaza	RIVAS	7	9	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A O / A			
11	RC	1114928630	Kristel	DAYun	GumBoa	Bonilla	5	2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A I / 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:	

Lyz Erna Ar
COORDINADOR(A) UDS

Ana Milena angulo M
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROVOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

FT-M-1-PP-[illegible] | 6/6/2024
Versión 3 | Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública

Agosto
MODALIDAD FAMILIAR Y COMUNITARIA
NOMBRE DE LA MODALIDAD HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB
NUMERO DE CONTRATO 7601578025
AÑO 2024

IDENTIFICACIÓN
Nombre UNIDAD DEL CUIDO Yaneth Maya — Cedula de ciudadanía 66730468 — Firma Las normas
Nombre Agente Educativo 7610400084804
Dirección de la UNIDAD Cra 34 #103-40 B San Francisco — Teléfono 3172621107

INFORMACION INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No.	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA					TOTAL MENSUAL	CA. LACTANTES
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES							
1	RC	1111466788	Alix	Daiana	Rivasco	Estupiñan	4	9	AAAAA	AAAA	AAAAA	A	A	19	
2	RC	1111928095	Bayan	Yoxa	Valencia	Perez	5	1	AAAAA	AAAAAAAAA				19	
3	RC	1113375881	Alayen	Yarezi	Valoyes	Bercan	3	10	AAAAA	AAAAAAAAA				19	
4	RC	1113775272	Petur	Steven	Pico	Rivera	4	2	AAAAA	AAAAAAAAA				19	
5	RC	1109939796	Emmanuel		Ossa	Angulo	3	9	AAAAA	AAAAAAAAA				19	
6	RC	1111920254	Rio	Ahuapara	Mirella		1	10	AAAAA	AAAAAAAAA				19	
7	RC	1111928095	Jepiree	Soliet	Balanta	Hurtado	3	1	AAAAA	AAAAAAAAA				19	
8	RC	1113376088	Lauren	Zoe	Alonso	Hurtado	3	4	AAAAA	AAAAAAAAA				19	
9	RC	1111376087	Liam	Gael	Vega	Rivera	2	4	AAAAA	AAAAAAAAA				19	
10	RC	1113375952	Liam	Josue	Valencia	Rivera	2	10	AAAAA	AAAAAAAAA				19	
11	RC	1111927917	Mia	Ezell	Torres	Vargas	3	2	AAAAA	AAAAAAAAA				19	
12	RC	1109955545	Marbin	Eliana	Portocarrero	Estupiñan	4	1	AAAAA	AAAAAAAAA				19	
13	RC	1111927237	Jotto	Zaid	Zamora	Balanta	3	10	AAAAA	AAAAAAAAA				19	
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															

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

TOTAL

Luz Erika R.
COORDINADORA(LOS)

Yaneth Maya R.
RESPONSABLE DE U.P.

¡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.BT1.PP	85/2020
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD OPERADORA: FUNDACION FUNDICOM
MES: agosto
NUMERO DE CONTRATO: 7601151202258
AÑO: 2020
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
COBERTURA DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR FAMILIAR

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Franquicia (Nombre Entidad Operadora): franquicia sl
Código CLIENTE ante UDS: 760109000576 39
Dirección UDS: Cra 48A 1 sur 360
Nombre Unidad de Servicio / Unidad de Atención:
Teléfono UDS: 3126492332

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
1	RC	1111926581	Ansel	Estiwar	Gamboa	Rentería	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	18		
2	RC	1111927526	Anthony	Zaid	Salas	Castillo	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	19		
3	RC	1111928700	Leison	Fabian	Rentería	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	19		
4	RC	1113375002	Keilin	Yasoly	Bravo	Caicedo	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	19		
5	RC	1144003089	Leiner	Samir	Antonelo	Quiñonez	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	19		
6	RC	1150956254	Deilin	Mario	Mermejo	Caicedo	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	19		
7	RC	1111929350	Emma	Valeria	Mosquera	Delgado	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	19		
8	RC	1119293511	Omar	Ivan	Mosquera	Delgado	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	19		
9												
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:	0

franquicia S.C
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	05/06/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o POS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto 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): Marluz Rivas CC 66.738.622
Código CUENTAME UDS: 76109000057644 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La Milagrosa
Dirección UDS: Barrio Doña Ceci Teléfono UDS:

Hoja ___ de ___

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO 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	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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1.111.926.823	Alix	Dariana	Sanchez	Mesias	3	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	R	A				19		
02	RC	1.235.147.477	Erik	Daniel	Victoria	Hurtado	2	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	F	A				19		
03	RC	1.235.145.879	Dellin	Johana	Victoria	Hurtado	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	L	A				19		
04	RC	1.144.003.717	Elit	Samara	Blascos	Palomino	2	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	C	A				19		
05	RC	1.235.145.406	Brinley	Eliana	Gamboa	Rivas	5	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	O	A				19		
06	RC	1.144.005.170	Maria	Antonela	Hurtado	Asprilla	1	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	N	A				19		
07	RC	1.113.374.907	Melling	Zoe	Valkio	Velasco	5	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A				19		
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 Erika
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 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	

EAS o PDS : **FUNDACOBA**

NIT: **900284514-7** NÚMERO DE CONTRATO: **76010152025**

MES: AGOSTO 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): _____ DIALA PATRICIA BANGUERA GARCES CC___ 38474624

Código CUENTAME UDS: _____ 7610900086596 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LOS 4 HERMANOS

INMACULADA CR;. 28 N|° 7-38 Teléfono UDS: _3187807574

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									SEMANAS																														
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA										
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																													
01	RC	11 11926988	ISABEL	DAYANA	MURILLO	MINA	4		A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19		
02	RC	1113375961	LIAM	GAEL	TORRES	RODALLEGA	2	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
03	RC	1150956508	THAILIN	MARTINA	RIASCOS	RIASCOS	2	10	AA	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	F	A					19		
04	RC	1113375977	ISAIAS		SINISTERRA	CORREA	2	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	L	A					19		
05	RC	1111926890	MARIANELLA		CUERO	RENTERIA	4		A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
06	RC	1115467969	WASHINTON	GAEL	SANCHEZ	VENTE	2	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	X	A					19		
07	RC	1111929690	ZOEY	KAILANY	GRUESO	FLOREZ	2		A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A					19		
08	RC	1150956187	AILEEN	YANARA	CAICEDO	TOTA	3	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	O	A					19		
09																													N							
10																													P							
11																													D							
12																													G							
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:	

COORDINADOR(A) UDS

DIALA PATRICIA BANGUERA GARCES
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 POLÌTICA 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 FUNDACOSA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 760101520263
MES: Agosto 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): Estefania Valencia CC: 1111779286
Código CUENTAME UDS: 7610900084816 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los chamitos 2
Dirección UDS: Cra 32 C1 #32-32 Kennedy Teléfono UDS: 3183803540

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	1115467795	Mia	Salem	Martinez	Valencia	2	11	AAAA AAAAA AAAAA AAARA	19		
02	RC	1115467402	Celeste		Orozco	Rivera	4	0	AAAA AAAAA AAAAA AAAEA	19		
03	RC	1150955017	Henderson	Adrian	Novoteño	Alomia	4	8	AAAA AAAAA AAAAA AAFA	19		
04	RC	1086059326	Sara		Perlaza	Moña	3	6	AAAA AAAAA AAAAA AALA	19		
05	RC	1113375819	Genesis	Alaia	Espinosa	Mina	2	11	AAAA AAAAA AAAAA AAEA	19		
06	RC	1113375320	Franklin	Eduardo	Ramos	Perozo	4	1	AAAA AAAAA AAAAA AAXA	19		
07	RC	1150155076	Samara		Miranda	Bonilla	4	6	AAAA AAAAA AAAA AAFA	19		
08	RC	1144049929	Jhean	Sthevan	Valencia	Guaitoto	2	1	AAAA AAAAA AAAA AAOA	19		
09	RC	1078694479	Dorlan		Quiro	Gonzalez	4	3	AAAA AAAAA AAAAA AANA	19		
10	RC	1191225489	Arlyns	Esmeralda	Perez	Flores	4	3	AAAA AAAAA AAAA AAPA	19		
11	RC	1115467366	Thiago	Gael	Rivas	Banguera	4	1	AAAA AAAAA AAAA AAOA	19		
12	RC	1111929455	Liam	Gael	Mancilla	David	2	1	AAAA AAAAA AAAA AAAA	19		
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
									TOTAL	19		

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

Estefania V.A.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier otra forma 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

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

MES: 08

Nombre Agente Educativo: Sara Rodriguez — Cédula: 66945268

Código CUENTAME: 7610900056113

Dirección: olimpico kra44-7 sur

Nombre Unidad de Servicio: Los Bullicioso

Teléfono: 3165829271

No. de Fila	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE NO VISITA
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
1	RC	1111930454	Breylen	Dahiara	lopez	Celorio	1	6	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	P A		19		
2	RC	1111930062	Lennys	Josue	Renteria	Angulo	2	3	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	I A		19		
3	RC	1111930439	Anver	Michel	Carrero	perlaza	2	8	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	C A		19		
4	RC	1111928822	Deren	Yael	orobio		2	7	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	S A		19		
5	RC	1154677754	Jessivel	Arlen	castillo	plaza	3	1	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	D O		19		
6	RC	1111925322	thiago	Andres	Quiñonez	Martinez	5	5	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	P A		19		
7	RC	1086199268	Mirley		Ocoro	Caceres	2	5	A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	g A		19		
8																
9																
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 Enma R

COORDINADORA UDS

Sara Mª Rodriguez
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: 760101 52026
MES: AGOSTO 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): Colombia torres CC 31316321
Código CUENTAME UDS: 761090007250 2 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Tom y jerry
Dirección UDS: Cra 32B dl 34 #32-01 san francisco de asis Teléfono UDS: 3146691451
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	1085554708	Juan	David	Morales	Portocarrero	5	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19		
02	RC	1111926080	Jhan	Franco	Mendoza	VARGAS	5	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
03	RC	1111926304	Mia	THailany	Murillo	Solis	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A					19		
04	RC	1235147771	Eithan	David	Palacios	Valencia	1	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A					19		
05	RC	1115467026	Jayder	David	Hernandez	Arboleda	4	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A					19		
06	RC	1150956651	Brayan	Smith	Castillo	Valencia	2	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
07	RC	1111928540	Eiling	Mariela	Estupiñan	Mina	2	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	J	A					19		
08	RC	1235145906	Kiara	Camila	Renteria	Rodriguez	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
09	RC	1111931152	Reychel	Katalleyn	Moreno	Torres	3	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A					19		
10	RC	1235145276	Adriana	Lucia	Anchico	Murillo	4	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A					19		
11	RC	1115467489	Tammy	ZOE	Luna	Siniterra	4	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A					19		
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

Colombia 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 NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: AGOSTO 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): Stefany Mena CC: 1.006.204.887
Código CUENTAME UDS: 7610900082348 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS conejitos
Dirección UDS: C9 Pricho Teléfono UDS: 3026400189
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, 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	
01	RC	1111928769	Shelsy	Samantha	Ruiz	Ramos	2	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	R	A				19		
02	RC	1111928819	Keiry	Keingry	Peñaloza	Caicedo	2	7	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	F	A				19		
03	RC	1111928876	Keyvin	Gael	Lopez	Balanta	2	6	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	L	A				19		
04	RC	1115467435	Maria	victoria	Angulo	Garcia	4	0	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	C	A				19		
05	RC	1115468149	Luis	xadier	Riascos	Obando	1	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	O	A				19		
06	RC	1111929914	Leithan	Joseph	Quintero	Medina	1	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	N	A				19		
07	PPT	8121958	Thiago	Alejandro	Matheus	Carrasquero	4	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	P	A				19		
08	RC	1115467103	JOSE	Yael	Ante	Victoria	4	5	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	E	A				19		
09	RC	1115467627	Alinson	Yireth	Valencia	Victoria	3	5	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	D	A				19		
10	RC	1111930928	Einer	Jael	Rodriguez	Riascos	1	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A				19		
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

COORDINADOR(A) UDS

Stefany Mv.
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 CamScanner

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: Agosto 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): Anyi Paola Valencia M. cc 38471884
Código CUENTAME UDS: 7670900057835 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El encanto
Dirección UDS: Cra 65 x Cll 75 frente al colegio Militar Teléfono UDS: 3158297357

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	1.111.337.4834	Yarlin	Sti	Sinisterra	Sinisterra	5	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19		
02	RC	1.235.746.647	Leines	Alexis	Payan	Sinisterra	3	8	A	A	A	A	I	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A							19		
03	RC	1.111.927679	Maximiliano		Viveros	Madrid	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A							19		
04	RC	1.150.956.722	Cattaleya		Ocampo	Blasco	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A							19		
05	RC	1.196.776.581	Thiago		Rodriguez	Valencia	3	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A							19		
06	RC	1.150.956.787	Jose	Abel	Mejia	Sinisterra	3	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A							19		
07	RC	1.150.956.477	Heilyn	Adara	Mosquera	Ordoñes	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A							19		
08	RC	1.150.957.038	Eylam	Josue	Guerrero	Caicedo	1	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A							19		
09	RC	1.150.956969	Efrain		Angulo	Valencia	7	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A							19		
10	RC	1.235.747.887	Emily	Zoe	Angulo	Valencia	7	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A							19		
11	RC	1.150.956.939	Vanilla	Jassmin	Madrid	Viveros	7	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A							19		
12	RC	1.150.956.815	Yaneiry		Quiñonez	Rodriguez	7	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A							19		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		
																															TOTAL	19		

Verificación De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES:	19
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Anyi Paola Valencia 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

Powered by CamScanner

	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	

EAS o PDS : **FUNDACOBA**

NIT: **900284514-7** NÚMERO DE CONTRATO: **76010152025**

MES: AGOSTO 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 ORDOÑEZ CC___ 1111793750

Código CUENTAME UDS: _____ 7,6109E+12 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LOS PRIMOS

CR:38 A CALL 7A Teléfono UDS: _3113219509

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																												TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
							EDAD		SEMANAS																														
									PRIMERA						SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA									
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		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	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO																															
01	RC	11 11925638	ROSA	ISABEL	TORRES	MURILLO	5	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19		
02	RC	1111 926131	JOEL	ALFREDO	GRUESO	PALACIOS	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
03	RC	1111927870	AUSTIN	SNEIDER	TORRES	MURILLO	3	4	AA	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A					19		
04	RC	1150956773	LUZ	BRANNY	CASTILLO	TORRES	2	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A					19		
05	RC	119676376	SAMUEL	CALEB	MOSQUERA	REINA	4	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A					19		
06	RC	1235147131	MONSERRATH		LOPEZ	DIAZ	2	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A					19		
07	RC	1232818237	ESTEILIN	SAMANTA	VALENCIA	CUERO	4	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A					19		
08	RC	11133766036	MAXIMILIANO		SANCHEZ	CUERO	2	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A					19		
09																													N								
10																													P								
11																													D								
12																													G								
13																																					
14																																					
15																																					
16																																					
17																																					
18																																					
19																																					
20																																					
																																		TOTAL			

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

COORDINADOR(A) UDS

LEIDY ORDOÑEZ
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	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 8050037774
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACION
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Ana Jency Valencia
CC: 1111740310
Código CUENTAME UDS: 76109000577 87
Dirección UDS: Barrio el cristal # 49-22
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Santa Teresa
Teléfono UDS: 316-6970588

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	1115467237	Kiana	Yarani	Riascos	Montaño	4	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	F	A						19		
02	RC	1150955885	Dainy	lizeth	Renteria	Scarpeta	3	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	F	A						19		
03	RC	1109577419	Lian	Andres	Sinisterra	Solis	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	L	A						19		
04	RC	1111929098	Mariajosé		Montaño	Moreno	2	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	C	A						19		
05	RC	1111925622	Aland	Matias	Garcia	Arroyo	5	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	O	A						19		
06																										N									
07																																			
08																																			
09																																			
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	5
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

TOTAL

COORDINADOR(A) UDS

Jency Valencia
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se considera COPIA NO CONTROLADA

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.M1.FP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

FUNDACION FUNDACOBA

NIT 805023177-4 — NÚMERO DE CONTRATO 76010152026 — AÑO 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: _____

SERVICIO DE ATENCIÓN: _____

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE — Centro Zonal: BEUNAVENTURA — Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): LUZ MARLENIS ALOMIA H — CC: 66741275

Código CUENTAME UDS: 7610900081840 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS MELONCITOS

Dirección UDS: LLERAS — Teléfono UDS: 3166964531

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																						TOTA MENSU
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS
									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	1094983330	DAHIAN	MILENA	HERRERA	VALENCIA	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					19
02	RC	1111930109	CARLOS	ANDRES	GARCES	DELGADO	1	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	F					19
03	RC	1113375972	BREINER	JOSE	ANGULO	ZAMORA	2	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	L					19
04	RC	1144002538	INGRID	SHARLOTT	ANGULO	RIASCOS	3	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	L					19
05	RC	1150955726	EMILIANO		GALVIS	GARCIA	3	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	L					19
06	RC	1150956257	JOEL	ESTEBVAN	PAZ	OBANDO	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	O					19
07	RC	1235145310	SHAROOL	MACKENSY	IBARGUEN	MEDINA	5	2	A	A	A	A		A	A	A	O	A		A	A	A	A	A	A	A	A	N					19
08	RC	1235145618	YEREMI	JAVIER	VALENCIA	RIASCOS	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A					19
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 Marlenis Alomia.
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 CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

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

Clasificación de la Información: Pública

Nombre de la UDS: FUNDACION FUNDACOBA

NIT: 805023177-4 | Número de Contrato: 76010152026

MES: AGOSTO | AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB

SERVICIO DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE | Centro Zonal: BEUNAVENTURA | Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): MELVIS FERNANDA MORALES | CC: 1111791719

Código CUENTAME UDS: 7610900081808 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS POLLIELOS

Dirección UDS: CL 2ª # 11-27 | Teléfono UDS: 3127506159

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
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS
									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	1111926706	DANNA	MARIA	PEREA	GARCES	4	4	A	A	A	A	/	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
02	RC	1111927200	TAIRON	ANDRES	VALENCIA	CARABALI	3	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
03	RC	1111927207	JAYDEN	JOEL	MONTANO	NUNEZ	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
04	RC	1111927969	JHONSI	ESTEVEN	BANGUERA	HURTADO	3	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
05	RC	1111930590	EMELY	SARAY	FLORES	REINA	1	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
06	RC	1115467877	EIMMY	JOHANNA	GRUESO	ANGULO	2	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
07	RC	1235145470	EMANUEL	JOSE	PEROZO	PEROZO	5	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					
08	SD	28560575	MILAN		ALDARETE	ALDARETE	1	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	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: ____

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: ____

COORDINADOR(A) UDS

MELVIS FERNANDA MORALES

RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

Scanned with 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: 805021174 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: AGOSTO 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): Claudia P. Angolo CC. 1111762009
Código CUENTAME UDS: 7610900057629 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Tranviscos
Dirección UDS: Teléfono UDS: 3155427710
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	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	1150956631	Jesus	David	Arias	Angolo	2	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
02	RC	1109590196	Lia	Isabel	zapata	correa	1	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	D					19		
03	RC	1109590744	Dulce	maria	solarte	correa	1	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	D					19		
04	RC	1235146922	Yandi	Alexandra	Rivco	Rivco	3	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	D					19		
05	RC	1235144456	mateo		Pote	valencia	4	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	D					19		
06	RC	1113375609	Alen	Yosoc	Arenboro	Hurtado	3	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	D					19		
07	RC	1111930354	Estrimar	Archavi	murillo	cuero	1	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	D					19		
08	RC	53456370?	Ethan	Gael	Hinotroza	Hinotroza	4	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	D					19		
09	RC	1104157242	Liam	Jael	Hurtado		3	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
10	RC	1351443?0	Anali	Fernanda	Victoria	Valderrama	4	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
11	RC	1111930?51	maria	Fernanda	Pote	Padilla	1	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	D							
12																											O								
13																											C								
14																											I								
15																											E								
16																											D								
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																	TOTAL	19	

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

Claudia P Angolo 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

Scanned with 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: Agosto
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR RCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo: Flormaria perea
cc 31600094
Código CUENTAME UDS: 7610900084769
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los tres conejitos
Dirección UDS: Camilo torres
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, 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	
01	RC	1196716587	ANGEL	David	Granja	Ordonez	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
02	RC	1111927379	DEINER	YAMIRO	GOMEZ	CASTILLO	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
03	RC	1113375797	GENESIS	MARIAN	PANAMEÑO	MORCILLO	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
04	RC	1113375038	JAIME	MATEO	NUÑEZ	CALEDO	5		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
05	RC	1111926376	JESÚS	DAVID	SOLIS	GRUESO	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
06	RC	1111929591	KEYLA	TAMARA	SOLIS	GRUESO	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
07	RC	1116084619	MAIARA		MORENO	ARIAS	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
08	RC	1111928919	MARIA	ALEJANDRA	ANGULO	ANTE	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
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

Flormaria 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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.ST1.FP | 09/2020
Versión 2 | Página 1 de 2
Clasificación de la Información: PÚBLICA

TIPO DE PDI: FUNDACION FUNDACION
NUMERO DE CONTRATO 76010152026
MES: Agosto AÑO: 2020
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
ENTIDAD QUE ATIENDE (T): HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR-HCB

IDENTIFICACIÓN
Nombre Agente Educativo: Maria Jaimuna
Código CLIENTE MEGA: 76109000056100
CC: 53141812
Sede: LA GLORIA
Tarjeta UDS: 2eA544552

INFORMACIÓN 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, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: CAUSA DE NO ASISTENCIA
1	RC	1064491809	Maximiliano		Angulo	Villamos.	1	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	16		
2	RC	1111926326	Esteiler	Josue	Riascos	Quintero	5	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
3	RC	1111928793	Juan	Sebastian	Diaz	Riascos	2	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
4	RC	1115466643	Yeiny		Hurtado	Cabezon	4	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
5	RC	1144005186	Liam	David	Ramos	Sanchez	1	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
6	RC	1144005636	Liam	David	Ramos	Riascos.	1	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
7	RC	1196716404	Liam	David	Payan	Angulo	4	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
8	RC	1235145517	Darlin		Rodriguez	Angulo	5	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
9	RC	1235146124	Alex	Emanuel	Riascos	Perea	4	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
10	RC	1235147089	Elian	Sofia	Garcia	Salcedo	2	10	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
11	RC	1235147277	Génesis		Hurtado	Cabezón	2	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
12	RC	1144004483	Joel	David	Murillo	Valencia	2	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A	20		
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 1 9

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

Mª Jazmin Alomia Ostos
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/09/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

EAS o POS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805022177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: agosto 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 Luisa R. cc 66736509
Código CUENTAME UDS: 7610900081845 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MisTorcasitas
Dirección UDS: Cra 21 # 20-90 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	Nunoza	4	6	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19		
02	RC	1113375421	Dilan	Felipe	Hurtado	torres	4	2	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	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
04	RC	1235142085	Daniel	Santiago	Bravo	caicedo	2	11	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
05	RC	1115467191	Keilly	Sarai	Valencia	Valencia	4	10	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	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A				
07	RC	1111930142	Jesus	David	valencia	siniterra	1	8	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

Maria Luisa Revelo
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

Scanned with CamScanner

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 POS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805021177-4 NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto 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): Nildy Cuero CC 1111819317
Código CUENTAME UDS: 76109000 82342 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: Teléfono UDS: 3185000047

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	1111930410	Deiry	Isabella	Vallecilla	Cuero	1	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A A A A A A / A		19		
02	RC	1150956616	Emma	Isabella	Vamacho	Siniestero	2	7	A A A A A / A A A A A / A A A A A A A A A A / A				
03	RC	1115468104	Mayker	David	Vallecilla	Rodriguez	2	0	A A A A A / A A A A A / A A A A A A A A A A / A				
04	RC	1109198944	Sara	Sofia	Fajardo	Cuero	4	0	A A A A A / A A A A A / A A A A A A A A A A / A				
05	RC	1191228167	Lesly	Carina	Valencia	Angulo	2	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A A A A A A / A				
06	RC	1113376392	Adhara	Itzel	Pelufo	Vallecilla	1	7	A A A A A / A A A A A / A A A A A A A A A A / A				
07	RC	1111929739	Yoselin	Samara	Cuero	Valencia	1	11	A A A A A / A A A A A / A A A A A A A A A A / A				
08	RC	1150958389	Danna	Belen	Quiñonez	Alegria	3	11	A A A A A / A A A A A / A A A A A A A A A A / A				
09	RC	1111930625	Thael	Adhara	Estupiñan	Castillo	1	5	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 19

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

Nildy Yelany Cuero C.
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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/04/2020
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Públicos	

SAE o POS FUNDACION FERIACOBA
NIT 805023179-4 NUMERO DE CONTRATO 76010152026
MES Agosto AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

UNIDAD DE ATENCIÓN
Regional VALLE DEL CAUCA Marisol Urbano Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a) Marisol Urbano cc 31 603 421 Los Castillos
Código CUENTAME UDS 761090008831
Dirección UDS Cl 11 Call 5a Una de 81 Nombre Unidad de Gestión/ Unidad de Atención
Teléfono UDS 3226977177

INFORMACIÓN MENSUAL 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, 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	
01	RC	1113775892	Emmanuel	Elices	Gaviria	Arizala	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			19		
02	RC	1154674417	Diana	Elizabeth	Gaviria	Hurtado	4	0	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			19		
03	RC	1154677633	Diana	Yohan	Rivas	Mina	4	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			19		
04	RC	1150956076	Anny	Zoe	Hurtado	Garcia	3	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			19		
05	RC	1150956985	Dicho	Kathaleya	Sonas	Mosquera	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			19		
06	RC	1162164407	Luis	Elian	Campaz	Mosquera	4	4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			19		
07	RC	1235146985	Jhon	Jamer	Viveros	Gomez	3	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			19		
08	RC	1235146284	Mia	Luciana	Campaz	Montaño	4	3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			19		
09	RC	1235142079	Mariangel		Bachoco	Cumpaz	2	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			19		
10	RC	1235146165	Harry	Smith	Gomez	Rodriguez	4	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			19		
11																																
12																																
13																																
14																																
15																																
16																																
17																																
18																																
19																																
20																																

TOTAL 14

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

COORDINADOR(A) UDS — RESPONSABLE DE GRUPO: Marisol Urbano

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/09/2025
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: **FUNDACION FUNDACOBA**
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto 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 Patricia Bonguera CC 38546920
Código CUENTAME UDS: 7610900057701 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Carlos felices
Dirección UDS: cra 49 calle 10 barrio el bosque M. Teléfono UDS: 3126374336

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	RC	1111928251	Maicol	Daniel	Pretel	Gamboa	3	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
02	RC	1111927521	Ian	Yousseff	Hurtado	Angulo	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A						19		
03	RC	1150955499	Bryand	Yael	Arboleda	Lopez	4	1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A							19		
04	RC	1115467986	Valery	Samir	Sanchez	Navia	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
05	RC	1111929832	Isis	Danae	Riascos	Zamora	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A							19		
06	RC	1111929681	Mady	Natalia	Bonilla	Castillo	2		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A							19		
07	RC	1113376030	Mia	Samara	Valencia	Hinestroza	2	5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
08	RC	1111929681	Kilian	Sair	Hurtado	Siniestra	1	11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A							19		
09	RC	1111928606	Icker	Alexander	Riascos	Zamora	2	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
10																								D										
11																								E										
12																								D										
13																								A										
14																								C										
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:	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) UDS

Sandra Patricia Bonguera K.
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 CamScanner

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	

MES: AGOSTO — NÚMERO CONTRATO: 76001152026[illegible]

Nombre Agente Educativo: Rosa Albornoz — Cédula: 66'734987

Código: 76109000597781 — Nombre Unidad: los Angelites — Teléfono: 3154357610

SERVICIO: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR (approximately legible)

INFORMACIÓN PERSONAL DE PARTICIPANTES

No.	Tipo Doc.	Número Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad Años	Edad Meses	Semana Primera	Semana Segunda	Semana Tercera	Semana Cuarta	Semana Quinta	Asistencias	Inasistencias	Causa de retiro
01	RC	1111930139	Mateo		Godoy	Castro	4	11	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A F	A	[illegible]		
02	RC	1113375774	Celeste		Vallecilla	Vanegas	3	6	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
03	RC	1119400397 4	Dailing	lichaini	Candelo	Garces	2	11	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
04	RC	1113375574	Hallen	Kailany	Parra	Campaz	3	7	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
05	RC	1275146560	Jonathan		Grueso	piedrahita	3	6	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
06	RC	1115467122	Kilian	Andres	Minota	Gamboa	3	3	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
07	RC	1119928542	Theilor	Iveth	Mosquera	Mosquera	4	6	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
08	RC	1059049622	Maikol	Stiben	Manyoma	Riascos	3	9	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
09	RC	1113375726	Axel	Ossian	Garcia	Aramburo	2	4	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
10	RC	1235147878	Ian	Stiben	Grueso	piedrahita	1	4	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	A	19		
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	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

[signature] — COORDINADOR (approximately legible)

Rosalbina Albornoz — RESPONSABLE DE GRUPO

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA PROYECTO MEDIDA

FT.ISTV.FP | 09/2020
Versión 2 | Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública

Mes: agosto | Vigencia: 2020 | Modalidad de Entrega: 760101520201 | Vicky S C | 76109000581813 | 1006187880 | Escritorio | 3117491599

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	CRITERIO CAMPO DE ASISTENCIA: SEMANAS: PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	TOTAL MEDIDAS: NUTRICIONALES	TOTAL MEDIDAS: PEDAGÓGICAS	CAMBIO DE GRUPO
01	RC	1111928422	Dayler	Elyan	Renteria	Renteria	2	11	AAAAA	AAAAAA	AAAAAAAAAA			19		
02	RC	1113376254	Hansel	Demir	Salas	Renteria	1	10	AAAAA	AAAAAA	AAAAAAAAAA			19		
03	RC	1111925953	Jairo		Delgado	Noguera	5	3	AAAAA	AAAAAA	AAAAAAAAAA			19		
04	RC	1144004813	Heylen	Marian	Salas	Hurtado	2	2	AAAAA	AAAAAA	AAAAAAAAAA			19		
05	RC	1111929399	Fatalexo		Bravo	Renteria	2	2	AAAAA	AAAAAA	AAAAAAAAAA			19		
06	RC	1115467996	Josep	Daniel	Torres	Suarez	2	5	AAAAA	AAAAAA	AAAAAAAAAA			19		
07	RC	1111926450	Jamna	Victoria	Salas	Cuero	4	5	AAAAA	AAAAAA	AAAAAAAAAA			19		
08	RC	1111926676	Iriany	Junieth	Renteria	Zamboa	4	2	AAAAA	AAAAAA	AAAAAAAAAA			19		
09	RC	1150956157	Brayan	Joel	Caicedo	Hernandez	3	9	AAAAA	AAAAAA	AAAAAAAAAA			19		
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																

TOTAL

Verificación del Colectivo

TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTIERON	0
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTIERON	9
TOTAL MADRES GESTANTES ASISTIERON	0

COORDINADOR(A) | RESPONSABLE DE GRUPO: Vicky Salas C.

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2020
Versión 1	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

EAS o FDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805021177-4
MES: Agosto
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): Lady Restrepo
CC: 1.111.774342
Código CUENTAME UDS: 76010000037638
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La esperanza
Dirección UDS: Cra 23 A 7-44 San Francisco
Teléfono UDS: 3187272533

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	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111923989	Dreyker	Steven	Palomos	Giraldo	4	4	A A A A A	A A A A A	19		
02	RC	1111923811	Yudiel	Mateo	Viafara	Solis	3		A A A A A	A A A A A	19		
03	RC	1111929729	Yancy	Nyulett	Lubiano	Cuesta	8	11	A A A A A	A A A A A	19		
04	RC	1113375374	Leidet	Gael	Conejo	Angulo	4	5	A A A A A	A A A A A	19		
05	RC	1113375749	Dulce	Maria	Sala	Vergara	3		A A A A A	A A A A A	19		
06	RC	1113376053	Alix	Mariana	Muñoz	Mosquera	7	11	A A A A A	A A A A A	19		
07	RC	1124779435	Liz	Samantha	Hernandez	Mejia	4	2	A A A A A	A A A A A	19		
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

Lady Samira 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 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: Público	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023171-4
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto
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): Aidubetty lopez cc 31.587.367
Código CUENTAME UDS: 7601700081774
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: 1 de Pequeños Grandes.
Dirección UDS: Cr. 7 Bis Call 7 # 20
Teléfono UDS: 2066563 24

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	1111926019	Emana	Zoe	Neiva	Celorio	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		19		
02	RC	1111924082	Miller	Alexa	Cervezo	Cuitoto	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		19		
03	RC	1090722960	Julieth	Jasve	Valeria	Mina	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		19		
04	RC	5287047716	Yuridi	Osmar	Cuama	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 A		19		
05	RC	1115511477	Jesoc	Liam	Garces	Castillo	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		19		
06	RP	52527429[illegible]	2024	Yanny	Celaya	Mayoma	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		19		
07	RP	1111929636	Liam	Jasve	Hondroda	Reyes	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		19		
08	RP	1113376141	Dailin	Calaleya	Valencia	Angulo	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		19		
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

Aidubetty lopez
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 CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.ST1.FP | 05/05/2015
Versión 2 | Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública

ENS o POS ofrecido a: Poblacional
NIT: 800227674 | NOMBRE DE CONTRATO: 76010152 /26
MES: Agosto | AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR MCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE D EL CAUCA | Centro Zonal: SURORIENTE | Municipio: BUGA
Nombre Agente Educativo: Nelly Ramos Ossa | CC: 31385777
Código CUENTAME: UCB 7610111742 2 | Nombre Unidad de Servicio: Los Bulliciosos
Dirección UCB: B. Santa Fe | Teléfono UCB: 3267170551

No. de Orden	TIPO DOC.	N. 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: MES: AGO. PRIMERA SEMANA (L M M J V S D)	SEGUNDA SEMANA (L M M J V S D)	TERCERA SEMANA (L M M J V S D)	CUARTA SEMANA (L M M J V S D)	QUINTA SEMANA (L M M J V S D)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
1	RC	1111922432	Haira	Salome	Viveros	Murillo	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	P P P P P P P	19		
2	RC	1111926469	Jose	Yoel	Rodallega	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 A A A A A	F F F F F F F	19		
3	RC	1044022362	Liam	Thiel	Cuevas	Torres	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	F F F F F F F	19		
4	RC	2374903 3	Briana	Stefani	Zuluaga	Cuero	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	F F F F F F F	19		
5	RC	1196216260	Luis	Adrian	Quintero	Ramos	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	F F F F F F F	19		
6	RC	1113376115	Dayanna	Santiago	Penagos	Murillo	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	F F F F F F F	19		
7	RC	1111926560	Halinson	Yumis	Nicolle	Rioscos	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	F F F F F F F	19		
8	RC	1233142991	Eduin	Alexis	Quintero	Izquierdo	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 A A A A	F F F F F F F	19		
9	RC	1111928397	Kiara	Michel	Diaz	Walteros	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 A A A	F F F F F F F	19		
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 MADRES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) UCB

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

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

EAS o PDS FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805021177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: AGOSTO 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): CC:
Código CUENTAME UDS: 7610900081740 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: Cra 1 #12-48 Bellas Teléfono UDS:

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)																							TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SEMANA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SEMANA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SEMANA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SEMANA	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1196716396	JHON	Pablo	Riascos	Ovobio	4	6	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		E	A					19		
02	RC	1235467116	Gabriel	Daniel	Cuero	Banguera	3	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		E	A					19		
03	RC	1115466446	Angel	Matias	Urbano	Garcia	4	7	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		E	A					19		
04	RC	1111927631	Andres	Matias	Micolta	Riascos	3	5	A	A	A	A			A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		E	A					19		
05	RC	1111927378	Sara	Alejandra	Angulo	Caicedo	3	8	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		E	A					19		
06	RC	1115466561	Wilmar	Matias	Portuno	Valencia	4	3	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		E	A					19		
07	RC	1191341114	Cristian	Eduardo	Riascos	Viveros	4	11	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		E	A					19		
08	RC	1115466506	Angel	Gabriel	Asprilla	Murillo	5	1	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		E	A					19		
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

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F37.MT1.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o POS FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805021174
MES: AGOSTO
AÑO: 2026
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): Julieth Pinedo
Código CUENTAME UDS: 761090608781
Dirección UDS: Cra-20-3-Sur N-21-16
Cedula Zonal: BUENAVENTURA
CC 1028148863
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pequitos
Teléfono UDS: 3236631400
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	1111925820	Juan	Daniel	Valencia	Arugon	5	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19	
02	RC	1115463319	Angel	Esteban	Aragon	Garces	5	2m	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19	
03	RC	1115567906	Luis	Fernando	Hinestroza	Garces	4	1m	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19	
04	RC	1111925555	Hanser	Damian	Angulo	Mina	4	6m	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19	
05	RC	1144005426	Keiver	alejandro	Medina	Panameno	1	8m	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19	
06	RC	1111929201	Jesus	David	Angulo	Contreras	4	2m	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19	
07	RC	1113375981	Dairi	Kitana	Castillo	Aragon	2	4m	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19	
08	RC	1113376289	Valeria	Nahomi	Hinestroza	Garces	1	8m	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A		19	
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:	

Julieth Pinedo Medina
COORDINADOR(A) UDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Contenido Web Parcial de este documento es temporal hasta 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

Scanned with CamScanner

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 PDI: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805021177-4
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: AGOSTOS
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): Diana y Rosero
CC: 29.230882
Código CUENTAME UDS: 761090008171
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: Tierra
Teléfono UDS: 3128945150

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	1115467615	EMMA	Sofia	LamaHondo	Suarez	3	5	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A			
02	RC	1115466828	Austin	Jael	Viveros	Hinca	4	9	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A F A			
03	RC	1115466409	Arbey	Dael	Rentería	Delgado	5		A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A F A			
04	RC	1115466385	Tania	Michel	Quiñones	Mosquera	5	3	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
05	RC	1111726674	Yefferson	Andres	Angulo	Riascos	4	8	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A F A			
06	RC	1115466977	Luis	Camilo	Valencia	Aragon	4	7	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A			
07	RC	1151973527	Danna	Celeste	Valencia	Valencia	5	1	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A I A			
08	RC	1111930620	Erick	Santiago	Castro	Valencia	1	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A B A			
09	RC	1113376781	Aisel	Janelle	Orejco	Garcia	1	0	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A D A			
10	RC	1111931627	Brithany	Alany	Landazury	Beltran	4	2	A A A A A A A A A A A A A A A A A A A A R A			
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

Diana Y Rosero
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

Scanned with 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 FUNDACORA
NIT: 805021774 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: AGOSTO AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN 2927740 Hoja ___ de ___
Regional: VALLE DEL CAUCA Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): NELSY HURTADO CG: 2927740
Código CUENTAME UDS: 7610 900 917 69 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: H COMUNITARIO LOS ANGELES
Dirección UDS: CRA 20 3 SUR Teléfono UDS: 3206[illegible]

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	11115476504	KEINER	JHOAO	CAMACHO	ANGULO	3	9	A	A	A	A	A	A	D	A	A	D	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A		✓			19		
02	RC	111925913	JASS	DAMIR	ANGULO	POTES	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A					19		
03	RC	111337623	LUIS	TIAGO	RIASCOS	BANGUERA	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	D	D	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A					19		
04	RC	11133766034	BRITANY	SOFIA	PEREA	RENTERIA	5	2	A	A	A	A	A	A	A	A	D	D	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A					19		
05	RC	1115468193	JOSE	DANIEL	PRETHEL	JARAMILLO	3	7	A	A	A	A	A	A	D	A	A	D	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A					19		
06	RC	11193040	OWEN	ANDRES	CAICEDO	ANGULO	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	D	D	A	A	A	A	D	D	A	A	A	A					19		
07	RC	11192854	SAMANTHA		ANGULO	MOSQUERA	3	2	A	A	A	D	A	D	A	D	D	A	A	D	A	A	D	D	D	A							19		
08	RC	1111930409	KAILIN	LUCIA	ANGULO	POTES	2	9	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	D	A	A	A	A	D	A					19		
09	RC	11133766037	EILIN	YULIETH	RIVAS	ANGULO	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19		
10		11193050	LIAN	GAEL	ARAGON	RENTERIA	5																												
11																																			
12																																			
13																																			
14																																			
15																																			
16																																			
17																																			
18																																			
19																																			
20																																			
																																TOTAL	19		

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 RENTERIA
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 1581/2012

Scanned with CamScanner

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 FOB: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 8888291774 — NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: AGOSTO — AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN: 39473289
Regional: VALLE DEL CAUCA — Centro Zonal: BUENAVENTURA — Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): _____ SONIA MARIA RIASCOS — CC: 39473289
Código CUENTAME UDS: _____ 76010000574000 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: _____ H.COMUNITARIO LOS ANGELES
Dirección UDS: _____ calle 1 carrera 17 #18 — Teléfono UDS: _____ 3150485758

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		
									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	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111929383	JHON	ANJEL	ASPRILLA	GAMBOA	2	2	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A				
02	RC	11113376015	LUCIANA		MOSQUERA	PARDO	2	5	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A				
03	RC	1111930824	YEILANY		GAMBOA	VALENCIA	1	9	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A				
04	RC	1235148250	MARIANA		VALLESILLA	GAMBOA	5	5	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A				
05	RC	1111931082	LUIS	ARLEY	GAMBOA	DIAZ	4	3	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A				
06	RC	1113375249	YEISER	JOSE	SALAS	RENTERIA	2	1	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		A				
07	RC	1111929176	GABRIEL	ELIAS	RIASCOS	ASPRILLA	2	3	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:	

Luz Eu R S
COORDINADOR(A) UDS

Sonia Maria Riascos
RESPONSABLE DE GRUPO

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.M71.PP	5/08/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDADORA
NIT: [redacted]
MES: AGOSTO
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
AÑO: [redacted]

IDENTIFICACIÓN: [redacted]
Regional: VALLE DEL CAUCA
Nombre Agente Educativo (a): ANA MILE RIASCOS
Código CUENTAME UDS: [redacted]
Dirección UDS: Cr 17 # 176106

Ciudad: BUENAVENTURA
CC: [redacted]
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: H.C RAYITOS DE SOL

Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Teléfono UDS: [redacted]

INFORMACIÓN BIENESTAR 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
01	RC	1111928230	JHON	JAILER	HURTADO	RIASCOS	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A				19		
02	RC	1115467985	CATALEYA		ASPRILLA	MURILLO	2	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A				19		
03	RC	1111928150	LUIS	ANDRES	DIUSA	GONZALES	5	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A				19		
04	RC	1111926624	MARTIN	ELIAS	VALENCIA	VALENCIA	5	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A				19		
05	RC	1111927063	JHONIER		VALENCIA	VALENCIA	4	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A				19		
06	RC	1113375249	ANGEL	DANIEL	GARCIA	CHALA	4	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A				19		
07	RC	1111926037	MABEL		ROSENDO	GUAITOTO	5	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A				19		
08	RC	1111927474	TIANY	CHARY	GONZALES	RENTERIA	5	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A				19		
09	RC	1111928585	CHAIRA	SOFIA	GARCIA	CHALA	2	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A				19		
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:	

Luz Ey R S
COORDINADOR(A) UDS

ana mile riascos
RESPONSABLE DE GRUPO

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/09/2025
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805021177-4
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto
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): Leidy Yolanda Angulo
CC: 1006198867
Código CUENTAME UDS: 7610900084773
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mickey
Dirección UDS: Cra23 barrio Santacruz Calle principal.
Teléfono UDS: 317 191 7170

INFORMACIÓN 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, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1113375340	Maria	Jose	Arana	Garay	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	19		
02	R.C	1111927266	Liam	Matias	montaño	Jorge	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 A A A A A	19		
03	R.C	1111927615	Kayri	Chanel	Bonilla	Villegas	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	19		
04	R.C	1113376061	Breylin	Jarli	Balanta	Pinillo	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 A A A A	19		
05	R.C	1115468007	Rosa	Elena	Ortiz	Torres	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 A A A A	19		
06	R.C	1111929913	Andres	Mathias	Guerrero	Tenorio	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 A A A A	19		
07	R.C	28592990	Alejandro		Barco	Asprilla	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	19		
08	R.C	1111927536	Alexander		Ulloa	Murillo	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 A A A A A A	19		
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

Leidy Yolanda 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 POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with 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	

EPS o IPS: FUNDACION FUNDACOBA

NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026

MES: AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE Centro Zonal: BEUNAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): LUZ NELLY SANCHEZ CC: 66934697

Código CUENTAME UDS: 7610900082328 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ENANITOS VERDES

Dirección UDS: Teléfono UDS: 3116644654

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
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS
01	RC	1094983330	DAHIAN	MILENA	HERRERA	VALENCIA	4	11	A	A	A	D		A	A	A	A	A		A	A	A	D		A	A	A	R	A				19
02	RC	1111930109	CARLOS	ANDRES	GARCES	DELGADO	1	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	E	A				19
03	RC	1113375972	BREINER	JOSE	ANGULO	ZAMORA	2	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	L	A				19
04	RC	1144002538	INGRID	SHARLOTT	ANGULO	RIASCOS	3	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	X	A				19
05	RC	1150955726	EMILIANO		GALVIS	GARCIA	3	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	I	A				19
06	RC	1150956257	JOEL	ESTEBVAN	PAZ	OBANDO	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	O	A				19
07	RC	1235145310	SHAROOL	MACKENSY	IBARGUEN	MEDINA	5	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	P	A				19
08	RC	1235145618	YEREMI	JAVIER	VALENCIA	RIASCOS	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	K	A				19
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:

Luz Ely A. S.
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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	9/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

DAS o PDR: FUNDACION FUNDACOBA — Hoja ___ de ___

NIT: 805023177-4 — NUMERO DE CONTRATO: 76010152026

MES: — AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

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

Nombre Agente Educativo (a): AMALIA GRUESO — CC: 29029348

Código CUENTAME UDS: 76109000081536 — Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ENMANUEL

Dirección UDS: CL 5 SUR CR 73B 257 — Teléfono UDS: 3103981388

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																					TOT MES
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS
									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	1109576107	GERMAN	ALEXANDER	NUÑEZ	LLANOS	3	8																									19
02	RC	1109576108	GEMINIS		NUÑEZ	LLANOS	3	8																									19
03	RC	1111928782	ELI	KATALEYA	SINISTERRA	VALENCIA	2	9																									19
04	RC	1111929203	EIMY	ZOE	VALDES	CARABALI	2	3																									19
05	RC	1235146570	GENESIS	DANIELA	CANDELO	RIASCOS	4	0																									19
06	RC	1235147390	MILAGROS		CANDELO	RIASCOS	2	6																									19
07	RC	1235148270	WESLEY	FARID	ARBOLEDA	MINA	2	7																									19
08	SD	2803089-0	FABIO	ANDRES	RODRIGUEZ	ANGULO	4	0																									19
09	SD	27528220-0	JOSEPH	KEILEM	BENITEZ	PORTOCARRERO	5	3																									19
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

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

Scanned with 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	

ENS o ROI: FUNDACION FUNDACOBA

NIT: 805023177-4 NUMERO DE CONTRATO: 76010152026 2026

MES: AÑO:

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE Centro Zonal: BEUNAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): DANNY ARBOLEDA CC: 35606144

Código CUENTAME UDS: 7610900091433 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EL MILAGRO

Dirección UDS: CL 5 SUR CR 73B 257 Teléfono UDS: 3218479174

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
									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
01	RC	1078694448	DARLIN	JANE	CUELLAR	PEDROZA	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A	·	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19
02	RC	1078694611	ERYS	FABIAN	MURILLO	PEDROZA	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	E	A					19
03	RC	1078695115	BAYRON	JHONJAIDER	MURILLO	PEDROZA	2	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	E	A					19
04	RC	1079103392	DANNY	ANTONELA	ARBOLEDA	CAICEDO	3	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	L	A					19
05	RC	1235145588	DANA	LUZ	NUÑEZ	BANGUERA	5	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	X	X	A					19
06	RC	1235147831	ALANA	MARIA	PRADO	CAICEDO	1	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	I	A					19
07																											O	A					
08																											P						
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:

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/09/2025
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la Información: Pública

ERA o PDI: FUNDACION FUNDACOBA

NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026

MES: AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE Centro Zonal: BEUNAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): AURELIANA ASPRILLA CC: 3503045

Código CUENTAME UDS: 76109000084806 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS TRAVIESOS

Dirección UDS: cra 62b #14 -40 Teléfono UDS: 3152456809

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	1111706586	SHAROLN	NICOL	OCORO	TORRES	2	3	A	A	A	F	•	A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19
02	RC	1111926749	NEYSER	YESSID	CASTILLO	RUIZ	4	2	A	A	A	F		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	F	A				19
03	RC	1113376165	ITZAN		VARGAS	ANGULO	2	4	A	A	A	F		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	F	A				19
04	RC	1149944753	JEREMY	ANDRES	PINILLO	ALEGRIA	4	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19
05	RC	1150956378	LIAM	EMIR	AGUDELO	PEREZ	3	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A				19
06	RC	1232835894	NOAH	JAZIEL	ANGULO	RIOFRIO	1	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19
07	SD	355532210	KAILYN	ALEXA	TOBAR	CARABALI	3	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	N	A				19
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:

TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

Luz Emma R D
COORDINADOR(A) UDS

Aureliana Asprilla-
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 CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

FT-M-11.99 | Versión 1 | 05/05/2020 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENS o PDS FUNDACION FUNDACOBA

NIT 805021174 | NÚMERO DE CONTRATO 76010152026

MES AGOSTO | AÑO 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

IDENTIFICACIÓN

Regional VALLE DEL CAUCA | Centro Zonal BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a) STELLA ESTRADA | CC 66737492

Código CLEVERTIC UDS (4)06TEG.Post67 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Negocio Pinta sueños

Dirección UDS | Teléfono UDS

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	1111926415	ALLKEN	ISABELLA	BONILLA	RIASCOS	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	19		
02	RC	1.7719721	ALAN	DANILO	RODALLEGA	MONDRAG	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	19		
03	RC	11509366	EITHAN	SANTIAGO	BELALCAZ	VERGara	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	19		
04	RC	1150955??	JHOAN	SEBASTIA	GAVIRIA	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	19		
05	RC	1235?4?09	MIGUEL	ANGEL	TOTES	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	19		
06	RC	11509?00	SAMUEL	STEFANO	OLAVE	MIDINA	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	19		
07	RC	1150956?5	CARLO	DAMIN	CUERO	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	19		
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 017

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

STELLA ESTRADA M
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento es responsabilidad de quien la genere. 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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

Versión 2 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

UDS o TDS: FUNDACIÓN FUNDACIÓN

NIT 830029774

NUMERO DE CONTRATO 76010152026 — 76010752026

MES: Agosto — 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): Mayerlin Mora M — CC: 38472647

Código COFENTAME UDS: 76109000081843

Dirección UDS: Cra 56a Cll 2 Colon — Nombre Unidad de Servicios / Sede de Atención: Los consentidos — Teléfono: 3206765618

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

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

No. Cupo	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS
01	RC	1111926787	JENNIFER	ALHANA	RODRIGUEZ	VILLEGAS	4	0	19	
02	RC	1115466443	MIA	SAMARA	NUÑEZ	SINISTERRA	6	0	19	
03	RC	1150956251	SHELMY	YULIANA	ANGULO	CAICEDO	3	4	19	
04	RC	1111925800	NAYLIN	SUSANA	GAMBOA	RENTERIA	5	0	19	
05	RC	1078666806	JHANNIS	CAMILA	BRAVO	MOSQUERA	3	1	19	
06	RC	1116084873	MILAN		CORTES	MONTOYA	4	3	19	
07	RC	1111926425	KILIAN	JAVIER	ANGULO	VALENCIA	4	6	19	
08	RC	1235746728	DIARA	CHAEL	CARDENAS	POSSO	4	5	19	
09	RC	1113376272	LIZ	CELESTE	ANCHICO	RENTERIA	7	11	19	
10	RC	1150956827	EITHAN	ANDRES	AGUIÑO	MOSQUERA	3	9	19	
11	RC	1235745827	JOHAN	ANDRES	POSSO	PINILLO	4	11	19	
12	RC	1150956639	LIAN	SAMUEL	PISCO	PALACIOS	2	8	19	
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

AGOSTO

TOTAL 19

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 Moreno
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F27.MT1.PP	05/06/2020
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la información: Pública	

[illegible] FUNDACION FUNDACORA
[illegible]
Mes: agosto — NUMERO DE CONTRATO 76010152026 — AÑO 2020
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): Sobeida Caicedo — CC 35805403
Código CUENTAME UDS: 761090005656
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: mi Pequeño hogar #2
Dirección UDS: Vereda La gloria
Teléfono UDS: 3114723913

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No.	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	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	1114250340	Angel	Kalet	Valencia	Murillo	2	7	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19		
02	Rc	1144005785	Eithan	Daniel	iBarguen	Murillo	7	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	F	A					19		
03	Rc	1151974522	SaSha	Mauricio	Valencia	Palacios	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	L	A					19		
04	Rc	7235145686	Moises	Yael	Viveros	Riascos	4	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	C	A					19		
05	Rc	7235146340	Maria	Ester	Asprilla	Riascos.	4	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	O	A					19		
06	Rc	7235146393	Andrey	Luciana	Benteria	Riascos	4	6	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A					19		
07	RC	7235148969	Aislyn	Alanna	Balanta	Vernaza	3	2	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A		A					19		
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		[signature]	Sobeida Caicedo
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	7		
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES		COORDINADOR(A) UDS	RESPONSABLE DE GRUPO

Powered by CamScanner

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.FP	6/06/2020
Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la información: Pública

CAS o PEV: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO 7601015/2020
MES: Agosto AÑO: 2020
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): Anibal Mosquera. CC: 16746164
Código CUENTAME UDS: 7610900081858
Dirección UDS: Cll 4A Sur Cra 5ta B/Caracol Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Teléfono UDS: 3174834353.

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN RENVERSAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO 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	CAUSA DE RETIRO
									1 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	Angual	Andres	Ruiz	Hurtado	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	F	A					19		
02	RC	1115467439	Brian	Alexis	Rivas	Castillo	4	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A					19		
03	RC	537138196	Dana	Daleska	Bonilla	Prosper	2	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A					19		
04	RC	1150955558	Dreilyng	Sophia	Angulo	Cambod	4	0	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A					19		
05	RC	1113375753	Ethan	Manuel	Mina	Montaño	3	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A					19		
06	RC	1117928657	Elian	Camilo	Rivas	Cardeo	2	9	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A					19		
07	RC	1150956995	Liam	Mateo	Lopez	Valencia	1	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A					19		
08	RC	1117928387	Kilian	Dael	Arpilla.		3	1	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A					19		
09																																		
10																																		
11																																		
12																																		
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
17																																		
18																																		
19																																		
20																																		

TOTAL 19

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 es un archivo sobre COPIA NO CONTROLADA.

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

Scanned with 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: FUNDACIÓN FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto 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): DORA M. TORRES CC 31377215
Código CUENTAME UDS: 5D1090008657O Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Manguitos
Dirección UDS: CRA 8D 1-05 BARRIO CASCAJAL Teléfono UDS: 3126007603

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	1111 926.158	CARLOS	ALEXIS	VERGARA	BRAVO	4	7	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A		19		
02	RC	1111 926 159	LAUREN	ALANA	VERGARA	BRAVO	4	7	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A F	A	19		
03	RC	111 926 902	DAYNA	MASSIEL	VALENCIA	DIAZ	4	10	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A L	A	19		
04	RC	111 930 108	LUCIANA		OLAYA	BAMBOA	1	9	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A C	A	19		
05	RC	1150955219	JOSE	DAVID	QUIÑONES	NUÑEZ	4	4	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A O	A	19		
06	RC	111 546 532	ISABEL	SOFIA	MOSQUERA	CANDELA	3	9	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A N	A	19		
07	RC	1115468091	MAXIMILIANO		CASANOVA	MAYA	2	1	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A	A	19		
08	RC	1047523438	ELIZABETH	YARETH	BELEÑOS	HURTADO	2	6	A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A	A	19		
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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

FR.MO13.PP | 19/5/2018
Versión 9 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERV: FUNDACOBA
NIT: 800023177-4 | NUMERO DE CONTRATI 70015752025
MES: Agosto | AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE | Centro Zonal: BUENAVENTURA | Municipio: BUENAVENTURA | Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Mi Cristina | CC 66440934
Código CUENTAME UDS: 7610400057 910 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Campito
Dirección: Campo Hermoso | Teléfono UDS: 3158762244

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES	CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA (LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES)	SEGUNDA	TERCERA	CUARTA	QUINTA	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
1	RC	1111927768	Leisy	Milena	Solis	Mondragón	3	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	R A			19		
2	RC	1111977277	Isabel	Cristina	Escobar	Mondragón	3	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	E A			19		
3	RC	1133748 63	Darlin	Hagali	Garces	Gonzales	4	5	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	F A			19		
4	RC	1235147505	Ailin	Yianella	Mondragón	Mantilla	2	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	L A			19		
5	RC	1235146950	Carlos	Damir	Quero	Gonzales	3	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	E A			19		
6	RC	1235145163	Elian	Andres	Caicedo	Castillo	5	2	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	K A			19		
7	RC	1150954864	Emanuel		Angulo	Solis	5		A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	I A			19		
8	RC	1235146398	Yendry		Mendragón	Pretel	4	8	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	O A			19		
9	RC	1119307 80	Helin	Sareth	Hinestroza	Sanchez	1	3	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A U A			19		
10													P					
11													E					
12													D					
13													A					
14													6					
													0					

TOTAL: 91

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) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL	F37.MT1.PP	05/05/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDI: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805025177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
WEB: 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: 1038864493
Código CUENTAME UDS: 7610000057773 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención UD
Dirección UDS: CALLE LARGA BIO BAHIA 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 NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1235146821	YERLIN	ALEXA	MOSQUERA	DIAZ	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			
02	RC	1235146582	DAILA	SAMANTHA	MOSQUERA	MINA	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 A			
03	RC	1113376105	NEYLAN	VICTORIA	ECHAVARRIA	MINA	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			
04	RC	1111928902	LEINNY	GISSELL	MURILLO	MONDRAGON	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			
05	RC	1235147245	ASHLY	DAHIAN	CAICEDO	MONDRAGON	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			
06	RC	1111929008	GELMY	KATALEYA	NAVARRO	MONDRAGON	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			
07	RC	1111929163	LUIS	FERNANDO	MINA	MINA	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			
08	RC	1111929244	CARLOS	EDUARDO	GARCES	ANGULO	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			
09	RC	1111929138	LENNIS	JOSE	MOSQUERA	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			
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	9
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

Yeni Anteo
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 ESTÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

Scanned with 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: Agosto 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): Fenix G Copete I CC: 1111771031
Código CUENTAME UDS: 7610900084774 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los pecesitos
Dirección UDS: calle2 carrera 66304 Teléfono UDS: 321 860 8797.

No. de Orden	INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS: PRIMERA, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)			TOTAL MENSUAL		
	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE: PRIMER NOMBRE	NOMBRES PARTICIPANTE: SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS PARTICIPANTE: PRIMER APELLIDO	APELLIDOS PARTICIPANTE: SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	EDAD: MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1111927730	Angel	Yahel	Pareja	Tovar	3	4	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
02	R.C	1235146064	María	Yolaisy	Camacho	Mondragón	4	5	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
03	R.C	1150956128	Thiago	Gael	Hurtado	Martinez	3	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
04	R.C	1196716373	Briany	yarizat	Ramos	Riasco	4	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
05	R.C	1150956787	Azlin	Zahomi	Rentería	Vergara	2	4	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
06	R.C	1150953332	Julio	Cesar	Lopez	Riasco	4	2	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
07	R.C	1115468127	Keiden	Jael	Copete	Asprilla	1	11	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
08	R.C	1113375953	Eimmy	Lihem	Estupiñan	Ramos	2	9	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
09	R.C	1150955158	Erick	santiago	Camacho	Riasco	4	7	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
10	R.C	1150955664	Ashley	Nahiara	Campo	Acevedo	3	10	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
11	R.C	1111927558	Keylin	Amaia	castillo	Angulo	4		A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
12	R.C	1191224703	Cielo	saray	zamora	García	4	11	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
13	R.C	1150956010	Jeini	Celeste	Delgado	Rentería	3	6	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
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

RESPONSABLE DE GRUPO

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

Cualquier copia impresa de este documento se entenderá 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 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 PDI: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 8050231774
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto
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 A
Código CUENTAME UDS: 76109000577778
Dirección UDS: Jacarilla Rio Ducua
Centro Zonal: BUENAVENTURA
cc 66943935
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Lostraviesos
Teléfono UDS: 3206639119
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	DC	1111929911	Jade	Mariem	Cuero	Tabarés	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A				19		
02	RC	1111929810	Isa	Mariam	Cuero	Tabares	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A				19		
03	RC	1109580116	Briam	Alexis	Garces	Renteria	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A				19		
04	RC	1109580113	Noah	Alexis	Garces	Renteria	1	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A				19		
05	RC	1196716546	Hella	Isabel	Quiros	Rivas	3	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A				19		
06	RC	1150955112	Itzel	Yarely	Hinestroza	Valencia	4	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				19		
07	RC	1235146285	Thiago	Izan	Mina	Longa	4	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A				19		
08	RC	1235147261	Zahiam	Andres	Delgado	Angulo	2	7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A				19		
09	RC	1196716509	Jose	W.lmar	Delgado	Angulo	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A				19		
10																												P							
11																												D							
12																												G							
13																												G							
14																												U							
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 Arasos 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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/04/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la información: Pública	

EAS o FOD: FUNDACION FUNDACORA
NIT: 805027172-4 NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: 8 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): Mª Mery Delgado
Código CUENTAME UDS: 76109000532221
Dirección UDS: Cra 4BA 9-28
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC: 31 388 407
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los hombres del mañana
Teléfono UDS: 3057264777
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	1150954917	Liss	Ariadna	Palacio	Riascos	4	10	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A / A		19		
02	RC	1115486076	Mia	Isabella	Palacio	Riascos	2	5	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A / A		19		
03	RC	1111928433	Erick	Yael	Mina	Banguera	2	11	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A / A		19		
04	RC	1111927425	Abigail	Dayary	Renteria	Millan	3	8	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A / A		19		
05	RC	1114666661	Cristopher	Andres	Lozano	Mendoza	4	10	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A / A		19		
06	RC	1115466781	Leyana	Alanna	Sinisterra	Tobar	4	8	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A / A		19		
07	RC	1111930489	Yostino	Yael	Orobio	torres	1	6	A A A A / A A A A R / A A A A / A A A A / A		19		
08	RC	1150956375	Darien.	Yirley	Valencia	Cuellar	2	11	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A / A		19		
09	RC	1113376264	Daeneris	Ribas	Rodriguez		1	10	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A / A		19		
10	RC	1113376222	Maria	Jose	Sanchez	Gutierrez	1	11	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A / A		19		
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
											TOTAL	19	

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

María Mery Delgado 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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.M71.PP	5/06/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDI: FUNDACION FUNDACODA
NIT: 830021174 NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto 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): Deliamar Angulo R CC: 66737934
Código CUENTAME UDS: X6109000 57768 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Titos
Dirección UDS: Zacarias Rio Dagua Teléfono UDS: 3137990154

Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN 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, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES–VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235145596	Xaimy		Morales	Alborno2	4	10	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A	19		
02	RC	1111926139	Kamel	Dahel	Micolta	Viveros	4	8	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A I A A A / A	18		
03	RC	1113376226	Daishell	Shajany	Chalares	Obregon	1	11	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A I A A A / A	19		
04	RC	1235146030	Yosue		Izquierdo	Renteria	4	5	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A I A A A / A	19		
05	RC	1111926575	Ailin	Enit	Delgado	Mondragon	4	3	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A I A A A / A	19		
06	RC	1150955000	Matias		Izquierdo	Renteria	4	8	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A I A A A / A	19		
07	RC	1113375554	Shelsy	Mariana	Orobio	Valencia	3	7	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A I A A A / A	19		
08	RC	1111927818	Antoni	Jose	Zamora	Calcedo	3	3	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A I A A A / A	19		
09	RC	1235147333	Billy	Faunco	Rivas	Arrechea	2	9	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A I A A A / A	19		
10	RC	1191263775	Alisson	Yuth	Mina	Izquierdo	3	8	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A I A A A / A	19		
11	RC	1150956775	Adler	Farid	Micolta	Viveros	2	4	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A I A A A / A	19		
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	11
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	0

COORDINADOR(A) UDS

Deliamar Angulo R
RESPONSABLE DE GRUPO

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

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y LA LEY ESTATUTARIA

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.MT1.PP	5/06/2020
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

UNIDAD DE SERVICIO: FUNDACION FENDIATORA
NIT: 805021974
NOMBRE DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto
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): Francia E. S
CC: 66945488
Código CUENTAME UDS: 761090005890
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Estrellitas de Jesus
Director UDS:
Teléfono UDS: 3152954010

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	1111928621	Nasoli	Yaretzi	Viveros	Torres	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 A	19		
02	RC	1154468054	Salome	Alaia	Cuesta	Torres	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	19		
03	RC	1111928004	Layren	Vivia	Ocoro	Candelo	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	19		
04	RC	1107545937	Githan	David	Valencia	Viveros	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	19		
05	RC	1235146611	Wilmer	Stiven	Viveros	Viveros	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	19		
06	RC	1150954989	Andres	Felipe	Garces	Ramos	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	19		
07	RC	1150956158	Owen	Andres	Mondragon	Arrulo	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	19		
08	RC	1235145412	Leison	Andres	Toras	Cogote	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	19		
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 Sinisterra
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

• PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

Versión 2	Página 1 de 2

Clasificación de la información:
Pública

MES: Agosto — NUMERO DE CONTRATO: 76010152026 — AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

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

Nombre del Agente Educativo (a): Ana Yulisa Viveros — CC: 29229199

Código CUENTAME UDS: 7610900057 14 — Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Angulitos de Rey

Dirección UDS: Zacarías Buenos Aires — Teléfono UDS: 3128721867

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Cupo	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, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA — LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111929252	Ashlin	Alejandra	Rivas	Lozano	2	5	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	18		
02	RC	1235145834	Aaliya	Elisabet	Flores	Moreno	4	8	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
03	RC	1111926136	Maiana	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	19		
04	RC	1150956897	Deiner	Jesi	Angulo	Angulo	1	5	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
05	RC	1150956147	Silvi	Gaci	Zamora	Lopez	3	4	A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A A A A / A A	19		
06												
07												
08												
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 19

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

Ana Yulisa Viveros
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Scanned with CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

Versión 2 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

EAS o POS: FUNDACION FUNDACOBA

NIT: 805023177-4

MES: Agosto

NUMERO DE CONTRATO: 7601015202S

AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCION: FAMILIAR Y COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCION: HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR HCB

UBICACION

Regional: VALLE DEL CAUCA

Centro Zonal: SUROCCIDENTE

Nombre Agente Educativo (a): Francia E. S

Numero Identificación: 66945488

Código CUENTAME UDS: 76109000 57890

Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Estrellitas de Jesus

Dirección UDS:

Teléfono UDS: 3152954010

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)	TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES		ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111928621	Nicoll	Yaretzi	Viveros	Torres	2	8		18		
02	RC	1115468054	Salome	Alaia	Cuesta	Torres	2	2		20		
03	RC	1111928004	Lauren	Vivia	Ocoro	Candelo	3	2		21		
04	RC	1107545937	Ethan	David	Valencia	Viveros	2	5		21		
05	RC	1235146611	Wilmer	Stiven	Viveros	Viveros	3	7		21		
06	RC	1150954989	Andres	Felipe	Garces	Ramos	4	11		21		
07	RC	1150956158	Owen	Andres	Mondragon	Arzub	3	4		19		
08	RC	1235145418	Leison	Andres	Torres	Cogote	5	1		19		
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

TOTAL 19

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:	

Francia Elena Sinisterra
RESPONSABLE DE GRUPO

COORDINADOR(A) UDS

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

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	

FAS e POS FUNDACION FUNDACOBA
NIT 805023177-4 NÚMERO DE CONTRATO 7601015 2026
MES Agosto 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) Rocio solis CC 29230802
Código CUENTAME UDS 9000 87897 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención los pequeñines
Dirección UDS Teléfono UDS 3145879856

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	
01	R.C	1150955156	Gidy	Luciana	Valentierra	Valencia	4		A A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	A		19		
02	R.C	1111978897	Valeri	Iyana	OTOLCO	Gonzalez	3		A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	A		19		
03	R.C	1150956135	Genesis	Yereth	Palacio	Murillo	3		A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	A		19		
04	R.C	1150955358	Caroline		Garcias	Diaz	4		A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	A		19		
05	R.C	1235146169	Yostin	Yael	paramento	Rivas	4		A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	A		19		
06	R.C	1235146788	Brian	arley	Mondragon	Granja	3		A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	A		19		
07	R.C	1150954998	Eilin	Celina	Zamora	Ramirez	4		A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	A		19		
08	R.C	1235147065	Dilin	Santiago	Barreiro	paramento	2		A A A A	A A A A A	A A A A A A A A	A		19		
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

Rocio Solis angulo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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	5/04/2026
		Versión 2	Página 1 de 2
		Clasificación de la Información: Pública	

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177-4 NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: 08 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): Miriam Luz Andrews CC: 26246663
Código CUENTAME UDS: 7610900057855 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Amiguitos de Jesús
Dirección UDS: Zacarias dagua Teléfono UDS: 3102747714

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		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	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES																											
01	RC	1150955105	Yerson	Estiward	Mosquera	Caicedo	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19		
02	RC	1150955342	Deilin	Iicath	Mina	Caicedo	4	10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A							19		
03	RC	1150956730	Yhordi	Samir	Pandalei	Angulo	2	6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
04	RC	1113376101	Mayla	Lisbeth	Rodallegas	Aragon	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A						19		
05	RC	1235146573	Sara	Jireth	Montaño	Caicedo	3	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A						19		
06	RC	1113376100	Keidy	Ainara	Rodallegas	Aragon	2	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A							19		
07	RC	1235147729	Zaid	Fernando	Riascos	Carvajal	1	8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	M	A							19		
08	RC	1235146392	Ailen	Zoe	Lozano	pandales	4	2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A							19		
09	RC	1150955272	Ailin	Samira	Rentería	Angulo	4	9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A							19		
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

Miriam Luz Andrews
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 FDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805023177
NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto
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): Anayenci Potes
CC: 29226639
Código CUENTAME UDS: 7610900057796
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pequeñines
Dirección UDS: San Antonio U12 mz C 13
Teléfono UDS: 3136573048
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, MIÉRCOLES, JUEVES, VIERNES)		TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES			ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1150956808	Ethan	Alexa	Cuero	Valencia	1	10	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA		19		
02	RC	1150955376	Liam	Ismael	Nasquera	giron	4	1	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA		19		
03	RC	1235146335	Salome		hurtado	Diaz	4	0	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA		19		
04	RC	1113375859	luis	gabriel	olaya	tenorio	2	9	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA		19		
05	RC	1113374432	Kallen	Nehemi	Bonilla	rentería	4	11	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA		19		
06	RC	1115467616	Yeidan		Salas	cuero	3	11	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA		14		
07	RC	1113375742	Alahia	Antonella	Martinez	Potes	3	0	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA		19		
08	RC	1113375270	Isaiana	Sanchez	Sanchez	Rosales	4	6	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA		14		
09	RC	1235147375	Elian	Santiago	Rodriguez	Benites	2	4	AAAA AAAAA AAAAA AAAAA		14		
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
										TOTAL	19		

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

Anayenci Potes
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.NT1.PP	5/08/2026
Versión 2	Página 1 de 2
Clasificación de la Información: Pública	

EAS o FDS :FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 805022177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76010152026
MES: Agosto 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): Nasly Palacios
Código CUENTAME UDS: 76190000578999
Dirección UDS: Zacarias Rio Dagua
Centro Zonal: BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
CC 1003945209
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: EMANUEL
Teléfono UDS: 3171753562
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	
01	RC	1150956706	Jhon	Alex	Mina	Caicedo	2	6	A A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A A	R	19		
02	RC	1150956349	Deci	Yalena	Ramos	Caicedo	3	0	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	L	19		
03	RC	1235147436	Luis	Daniel	Diaz	Bravo	2	3	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	E	19		
04	RC	1235146477	Yerson	Yair	Mina	Mosquera	4	5	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	R	19		
05	RC	1150955616	Jhoser	Alexander	Diaz	Bravo	4	0	A A A A	A A A A A	A A A A A	A A A A	O	19		
06	RC	1149945186	Derson		Riascos	Rodallega	2	3	A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A	N	19		
07	RC	1111926154	Juan	Esteban	Viveros	Delgado	5		A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A	P	19		
08	RC	1235171170	Meylin	Eliana	Riascos	Delgado	2	8	A A A A	A A A A A	A A A A	A A A A	E	19		
09													D			
10													E			
11																
12													P			
13													O			
14													R			
15													T			
16													E			
17																
18																
19																
20																
													TOTAL	19		

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!

Powered by CamScanner

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCION

FORMATO ASISTENCIA REGISTRO MENSUAL

F27.M11.PP | 5/06/2025
Versión 2 | Página 1 de 2
Clasificación de la información: Publica

EAS o PDS: FUNDACION FUNDACOBA
NIT: 8905117174
MES: Agosto
NUMERO DE CONTRATO: 76010152026
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: 35472506
Código CUENTAME UDS: 7169000578 64
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: chautines
Dirección UDS: corregimiento #8 Aguaclara
Teléfono UDS: 3117652037

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, SEGUNDA, TERCERA, CUARTA, QUINTA; LUNES, MARTES, MIERCOLES, JUEVES, VIERNES)	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL: INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1407534979	Ashley	Nicol	Valencia	Micolta	4	9	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A A / R A	A		
02	RC	1235146550	Annie	Sophia	Guerrero	Valencia	3	7	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A A / E A	19		
03	RC	1191226851	Jhon	Wilser	Rascos	Guerrero	3	0	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A A / E A	19		
04	RC	1196716151	Maria	Zulay	Vente	Sinisterra	5	1	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A A / E A	19		
05	RC	1143599650	Britny	Keilany	Banguera	Valencia	5	1	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A A / D A	19		
06	RC	1232819666	Liam	andres	Valencia	Fernandez	3	11	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A A / P A	19		
07	RC	1235146154	Brensy	Zaaira	Vargas	Rodriguez	3	10	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A A / E A	19		
08	RC	1234567864	Linsy	Charlotte	Ventena	Quijano	3	8	A A A A / A A A A A / A A A A / A A A A A / S A	19		
09												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
										TOTAL	19	

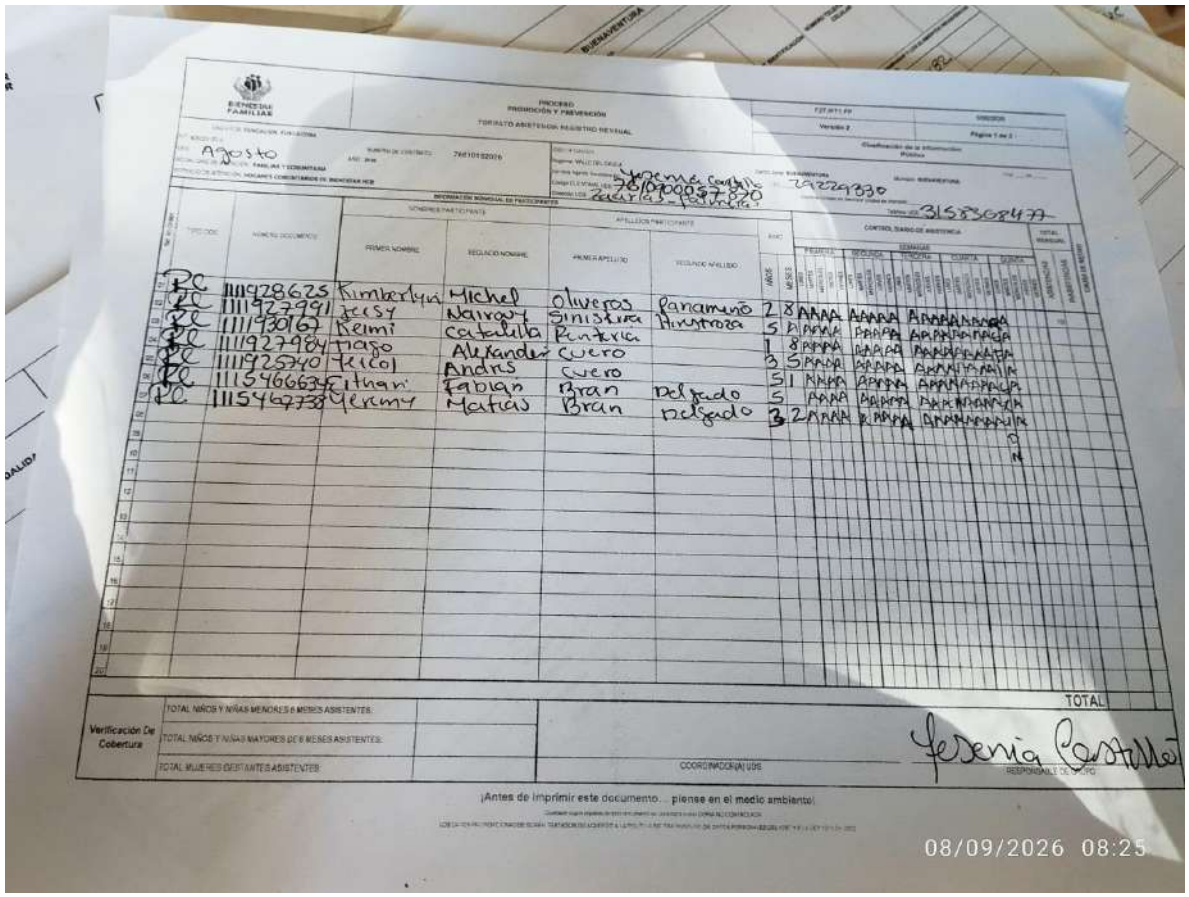
Verificacion De Cobertura		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

COORDINADOR(A) UDS

Yamileth B. B.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

Powered by CamScanner



PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN
FORMATO ASISTENCIA REGISTRO DIARIO

Agosto

INFORMACIÓN MENSUAL DE PARTICIPANTES

TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD	
		PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
RC	1111928625	Kimberlyn	Michel	Oliveros	Panameño	2	8
RC	1111927991	Jessy	Nairoby	Siniestra	Hinojosa	5	0
RC	1111930167	Reimi	Catalina	Pinteria		1	8
RC	1111927984	Tiago	Alexander	Cuero		3	5
RC	1111925740	Nicol	Andris	Cuero		5	1
RC	1115466634	Ethan	Fabian	Bran	Delgado	5	
RC	1115467738	Yeremy	Matias	Bran	Delgado	3	2

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

Verificación De Cobertura

TOTAL

COORDINACIÓN/AUDS

RESPONSABLE DE GRUPO

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

08/09/2026 08:25

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

NIT: 800231714 | NÚMERO DE CONTRATO: FB010152026 | 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 G. Estupiñan | CC: 38488064
Código CUENTAME UDS: 7610900570 28 | Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Mellizos.
Dirección UDS: La Floresta | Teléfono UDS: 3027157057

Mes: Agosto. | Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN BIOMENSUAL 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	1111930646	Ethan	Gael	Congo	Jaramillo	1	4
02	RC	1111930699	Thiago		Caraballi	Hurtado.	1	3
03	RC	1111930868	Juan	David	Sulazar	Mina	3	11
04	RC	1113705398	Emily		Amado	Jimenez	2	8
05	RC	1115466839	Maximiliano		la cruz	Ramos	4	10
06	RC	1196716377	Melody	Lorena	Balcero	Buenaventura	4	6
07	RC	1150955733	Jeronimo	Arley	Estupiñan	Quiñonez	3	10
08	RC	1150955828	Royer	David	Congo	Jaramillo.	3	8
09	R.C	1232835849	Emanuel		Portocarrero	Ramirez	1	8
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	
		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	F	A				19	
02		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A				19	
03		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A				19	
04		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A				19	
05		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A				19	
06		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A				19	
07		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A				19	
08		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A				19	
09		A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A						
10																						6						
11																						a						
12																						6						
13																						a						
14																												
15																												
16																												
17																												
18																												
19																												
20																										TOTAL	19	

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

Sandra E.
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: AGOSTO AÑO: 2026

MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB

SERVICIO DE ATENCIÓN: COMUNITARIO

Hoja ___ de ___

IDENTIFICACIÓN

Regional: VALLE Centro Zonal: BEUNAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA

Nombre Agente Educativo (a): MARIA LUISA REVELO CC: 66736509

Código CUENTAME UDS: 7610900081536 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: MIS TORCACITAS

Dirección UDS: CRA 21 # 20-90 Teléfono UDS: 3103981388

INFORMACIÓN INDIVIDUAL DE PARTICIPANTES

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES PARTICIPANTE		APELLIDOS PARTICIPANTE		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS)																					TOT MENS
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS
									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	1111930142	JESUS	DAVID	VALENCIA	SINISTERRA	1	8	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	R	A					19
02	RC	1113375251	SARHA	SOPHIA	HERRERA	MURCIA	4	3	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	F	A					19
03	RC	1113375337	JESUS	DANIEL	VICTORIA	VERNAZA	4	4	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19
04	RC	1113375421	DILAN	FELIPE	HURTADO	TORRES	4	5	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	I	A					19
05	RC	1115467191	KEILLY	SARAI	VALENCIA	VALENCIA	4	10	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19
06	RC	1235147085	DANIEL	SANTIAGO	BRAVO	CAICEDO	2	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19
07	RC	1235147086	LAURA	MAGDELEINE	BRAVO	CAICEDO	2	11	A	A	A	A		A	A	A	A	A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A					19
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

Maria Luisa Revelo

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