BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACODA
NIT: 800023177-4
MES: Abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: Hcb
NÚMERO DE CONTRATO: 760157522025
AÑO: 2025

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle del Cauca
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Buenaventura
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Magoli Cuero V.
CC. 1.111.745.372
Código CUENTAME UDS: 7610900082742
Dirección UDS: B. Santa [illegible] cll 7 # 22A30
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Los Traviesos
Teléfono UDS: 3226084809

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	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	1.225.147.207	Gael	Smith	Hurtado	Zamora	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reunión pedagógica	A	A	A	A		19		
02	RC	1.113.575.311	Tyrone	José	Gonzalez	Pastrana	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1.113.485.816	Luis	Eduar	Valencia	Ruiz	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1.111.928.256	Joshuar	Aaron	Ramos	Sinisterra	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1.111.927.530	Mariel	Josue	Gallego	Mosquera	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1.111.927.683	Alan	David	murillo.	Valencia	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1.111.928.226	José	David	Valencia	Valencia	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1.150.156.303	Khey	Alexander	Torres	Aprilla	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09	RC	1.234.211.463	Dylan	Matia	ortiz	Valencia	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
10	RC	1.111.926.373	Erick	David	angulo	Rodriguez	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
11	RC	1.115.468.210	Ailany	Zoe	Sanchez	Caicedo	1	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
12	RC	1.111.931.084	Moren	Ailany	victoria	Sevelo	1	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
13																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

Magoli Cuero Vasquez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	28/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOSA
NIT.: 805023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: Abril
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Buenaventura
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Natalia Valencia
CC 1.111.790.927
Código CUENTAME UDS: 76109111290O
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Las Pitufos
Dirección UDS: Cra 29 Calle 8 # 26 Santafe
Teléfono UDS: 3124719907.

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	1235146852	Klara	Nohemi	Mosquera	Salcedo	3	0
02	RC	1111926927	Yandri	Eliza	Orejuela	Medina	3	8
03	RC	1111981126	Hellen	Sofía	Arroyo	Castro	3	9
04	RC	1235146553	Jhordan	Andrés	Granados	Angulo	3	5
05	RC	1119282267	Johan	Hassiel	Montaño	Martinez	2	8
06	RC	1150956093	Jesús	Daniel	Ocoro	Amú	3	0
07	RC	1144032253	Juan	Camilo	Peña	Mosquera	3	7
08	RC	1112375970	Yeivel	Isaac	Candelo	Yepes	2	3
09	RC	1113375313	Eitan	Jaua	Candelo	Yepes	3	10
10	RC	1111929264	Jhoret	Manuel	Bravo	Riascos	1	11
11	RC	1107543072	Jhon	Angel	Toloza	Valencia	3	5
12	RC	1111929709	Bayolin	Nahiara	Díaz	Pino	1	11
13	RC	1078694261	Jhon	Keiler	Prettel	Rosero.	4	7

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
02						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
03						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
04						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
05						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
06						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
07						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
08						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
09						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
12						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
13						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
TOTAL																												

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento… piensa en el medio ambiente!

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/05/2018
Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT.: 805023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76000882025
MES: ABRIL
AÑO: 2016
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Buenaventura
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Emilsen Caicedo · CC 66744895
Código CUENTAME UDS: 7610900084766
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Conejitos
Dirección UDS: Cra. 61 # 11-41
Teléfono UDS: 312 8584903

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1112911252	Jheremy		Campaz	Ruiz	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	REF	A	A	A	A		19		
02	RC	1115467260	David		Toro	Muñoz	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	LEXI	A	A	A	A		19		
03	RC	1241444026	Yelena		Torres	Moreno	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ÓN	A	A	A	A		19		
04	RC	1150955681	Tiana	Sofia	Paredes	Quiñones	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	PED	A	A	A	A		19		
05	RC	1111925853	Kylliam	Joao	Angulo	Torres	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	AGO	A	A	A	A		19		
06	RC	1241444054	Jhoel	Daniel	Gamboa	Hurtado	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	GI	A	A	A	A		19		
07	RC	1241444026	Amihan	Axel	Gallego	Mosquera	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
08	RC	1115467959	Jose	Yulian	Renteria	Valencia	2	2						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																																				
																																	TOTAL			

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

Luz Elena R.
COORDINADOR(A) EA

Emilsen Caicedo.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 805023177-4
MES: Marzo
NÚMERO DE CONTRATO: 76000882025
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Buenaventura
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Eyli Noyeli C.C
CC 1006188339
Código CUENTAME UDS: 76109000091389
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: El Futuro
Dirección UDS: Cr. 61 # 11-41
Teléfono UDS: 3113830886

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS – PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	1109930741	Mariangel		Gutierrez	Montegrano	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
02	RC	1111928037	Miguel	Angel	Castillo	Miranda	2	11						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	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1111930621	Adara		Sinisterra	Cuero	1	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1111930622	Evangelina		Sinisterra	Cuero	1	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	2451517094	Zahida	Lucia	Perea	Toapanta	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1113375959	Seineth	Kelianny	Zamora	Quiñonez	3	6						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																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

Eyli Neyeli Cundumi
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
29/05/2016
Versión 6
Página 1 de 1
Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT.: 8050231774
MES: ABRIL
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO: 2016
IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Nombre Agente Educativo (a): MªAngelica Sanchez CC 1.111.793.523
Código CUENTAME UDS: 76109000827744
Dirección UDS: Cra 23C #7-41
Centro Zonal: B/tura
Municipio: B/tura
Hoja ___ de ___
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS CANTANTES
Teléfono UDS: 318 418 9705

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS – PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	1115467717	Theylor	Saori	Caicedo	Sanchez	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
02	RC	1115467898	Jarlen	Karime	Angulo	Granja	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	RC	1111928882	Cataleya		Angulo	Arboleda	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	RC	1113375455	Hanson	Smith	Mosquera	Sinisterra	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
05	RC	1111926744	KennerK	Fariol	Canga	Congo	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
06	RC	1111930037	Jader	Izam	Grueso	Medina	1	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
07	RC	1136869117	Ellie	Rose	Molina	Herrera	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
08	RC	1111930752	Kylian	Samir	Riascos	Castro	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
09	RC	1092866412	Azel	Celeste	Moreno	Cabezas	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
10	RC	1111927887	Eitham	Zamir	Manyoma	Gamboa	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
11																												D								
12																												G								
13																												C								
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) EA

MªAngelica Sanchez H.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP | 29/05/2018
Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT.: 805023177-4
NÚMERO DE CONTRATO:
MES: Abril
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle C.
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Buenaventura
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Nelly Mosquera
CC. 31385777
Código CUENTAME UDS: 76109112422
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Bullicosos.
Dirección UDS: Santa Fe
Teléfono UDS: 3167170551

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	1232831464	Kiara	Samantha	Cuero	Ramos	1	11
02	RC	1115467941	Mia	Sofia	Cuero	Mosquera	2	
03	RC	1235146991	Edwin	Alexis	Quintero	Ibarguen	2	9
04	RC	1196716260	Luis	Adrian	Quintero	Ramos	4	6
05	RC	1111926560	Halinson	Yamir	Micolta	Ramos	3	11
06	RC	1111927432	Naihara	Solange	Viveros	Murillo	3	3
07	RC	1111928397	Kiara	Michel	Diaz	Guaitoto	2	7
08	RC	1111926469	Jose	Yair	Rodallega	Garces	4	3
09	RC	27934903-0	Briana	stormi	Lizalda	Cuero	3	5
10	RC	1044023367	Liam	Jhoel	Guevara	torres	2	6
11	RC	1113376115	Davinson	Santiago	Renteria	Murillo.	1	9
12								
13								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E F	A	A	A	A		19		
03						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L E	A	A	A	A		19		
04						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C I	A	A	A	A		19		
05						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O N	A	A	A	A		19		
06						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P E	A	A	A	A		19		
07						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	d A	A	A	A	A		19		
08						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	g O	A	A	A	A		19		
09						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	g I	A	A	A	A		19		
10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
12																												
13																												
TOTAL																										209		

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

COORDINADOR(A) EA

Nell/ Damas Suzan U.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.[illegible].PP | 25/05/2016
Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACODA
NIT: 600923177-4
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO: 2016
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: H. Cb

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Nombre Agente Educativo(a): leady samira R.
Código CUENTAME UDS: 7610900057638
Dirección UDS: 13, santa cruz cra 23 # 7-44
Centro Zonal: Buenaventura
CC: 1111774342
Municipio: B/ventura
Hoja ___ de ___
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: la esperanza
Teléfono UDS: 3187872533

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

N° de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1244779935	Liz	Samantha	Hernandez	Mejia	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1113375374	Leider	Gael	Gongora	Angulo	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	RC	1111925989	Deyker	Stiven	Cabezas	Grueso	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	RC	1191229218	Shelmy	Adhara	Ibarguen	Mosquera	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19		
05	RC	1074659081	Nioin	Gissela	Perea	Tejada	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
06	RC	1111928311	Yadiel	Mathias	Viafara	Solis	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
07	RC	1111929787	Yaincy	Paulett	Montaño	Caicedo	1	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
08	RC	1113376253	Aliz	Mariana	Muñoz	Moriano	1	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
09	RC	1113375747	Dulce	Maria	Saa	Vergara	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
10																												P								
11																												D								
12																												S								
13																												C								

TOTAL

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

[illegible]ADOR(A) EA

Leady Samira Renteria 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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/05/2016
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOSA
NIT.: 805023177-4
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: 805023177-4
AÑO: 2016
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitaria
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Buenaventura
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Luz Nelly V.
CC: 31635114
Código CUENTAME UDS: 70109000081849
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Gorriones
Dirección UDS: Crr 29 B # 20
Teléfono UDS: 3167012397

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		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	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	Rc	1235145800	Daini	Viviana	Congo	Renteria	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	Rc	1235145695	Isabel	Cristina	panameño	Caicedo	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E F	A	A	A	A		19		
03	Rc	1115468050	Heidy	Milagros	Vasquez	Diaz	1	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L E	A	A	A	A		19		
04	Rc	1115466377	Keyller	Stiven	Angulo	Gonzales	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
05	Rc	1133766102	Noa		Vallejo	Casquete	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I O	A	A	A	A		19		
06	Rc	1111929463	Heidin	Daimara	Valencia	Gomes	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
07	Rc	1111926883	Jose	Miguel	Ramos	Murillo	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P E	A	A	A	A		19		
08	Rc	1111927174	Keyder	Jhael	Mosquera	Gamboa	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A		19		
09	Rc	1111925680	Lian	Snerder	Suarez	Valencia	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A G	A	A	A	A		19		
10	Rc	1111928676	Tiago	Alexander	Angulo	Congo	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O G	A	A	A	A		19		
11	Rc	1111930841	Rachel	zoe	Angulo	Sinisterra	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I C	A	A	A	A		19		
12	Rc	1111926140	Jordan	Josue	Riascos	Riascos	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
13																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

Luz Nelly Valencia G.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F4.MO12.PP	[illegible]
Versión 1	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015712025
MES:
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Maria Angulo cc 1111819738.
Código CUENTAME UDS: 7610900081162
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección: CA66 K7-6A B/ Naviga
Teléfono UDS: 3137961747

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE INASISTENCIA
01	RC	1111375619	Jhon	Maikel	Navas	Mendoza	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexión Pedagógica	A	A	A	A		19		
02	RC	111925461	Dennis	Josué	Caicedo	Ramos	4	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1115467936	Milan	Yerid	Andrade	Renteria	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1087218706	Maximiliano		Palacios	Payan	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1087219350	Kian	Emiliano	Payan	Perlaza	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	111927069	Wilianny	Alexandra	Medina	Alvarado	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1119677624	Ariadna	Irieth	Asprilla	Riascos	4	6						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																																				
																																	TOTAL			

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 5 AÑOS ASISTENTES	
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 5 AÑOS ASISTENTES	7
	TOTAL USUARIOS ASISTENTES	

Maria Angelica V.

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5
		5/29/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Lady Hinestroza cc 1191909413
Código CUENTAME UDS: 761090082926
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los petetes
Dirección Cr 61 B 11-141 6 de enero
Teléfono UDS: 3117467959

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	1106526345	Ellam		Ortiz	Vanegas	2	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexion pedagogicas	A	A	A	A		19		
02	RC	1111929496	Madison	Sofia	Agudelo	Segura	1	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1150956627	Axtotliep	Timy	Ortiz	Ruiz	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1115467655	Liz	Ester	Pinilla	Torres	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1150955564	Maddison	Isabella	Micolta	Montaño	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1150955836	Mailyn	Jireth	Vivas	Batton	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1191227952	Jeremy		Renteria	Agüirre	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	29.771.7387	Ronny	Alexander	Torres	Salazar	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

Lady Hinestroza
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

Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Yanith Yori Ortiz CC 66945127
Código CUENTAME UDS: 761090002746
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención los 15 Enanos
Dirección Cra 70 progreso
Teléfono UDS: 3172396450

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	1115466711	DrelinG	Michel	Sinisterra	valencia	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R E	A	A	A	A		19		
02	RC	1235146112	Luis	Angel	Castro	Valencia	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
03	RC	1119929273	tiana	de los Angels	Obando	Renteria	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L E	A	A	A	A		19		
04	RC	1235145349	Dailin	Amaia	Osma	Calle	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X I	A	A	A	A		19		
05	RC	1151973519	Nuthan	smith	AGuilar	IBarguen	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O N	A	A	A	A		19		
06	RC	1150956390	Elian	Samuel	Mena	Murrillo	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P E	A	A	A	A		19		
07	RC	1235147211	Eimy	Jazley	Benitez	Valencia	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	d a	A	A	A	A		19		
08	RC	1113375089	Flor	maria	Viveros	londoño	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	g	A	A	A	A		19		
09	RC	1119929171	Dorlan	Elian	Jimenez	Quiñones	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	o g i	A	A	A	A		19		
10	RC	1078103225	Antony	Samuel	Ramirez	Gamboa	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	c	A	A	A	A		19		
11	RC	1113705511	Dominic	Jotl	Valencia	Riascos	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	a	A	A	A	A		19		
12																																				
13																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

Yanith 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.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 6
		29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN
NIT., 805023177-4
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN
Regional: valle
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Buenaventura
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): leydi Y. Angulo
cc 1006198867
Código CUENTAME UDS: 7610900084773
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención:
Dirección UDS: Cl a23 barrio santa cruz
Teléfono UDS: 3171517170

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

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	SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	R.C	1113375340	Maria	Jose	Arana	Garcia	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	REFLEXION PEDAGOGICA	A	A	A	A		19		
02	R.C	1111927266	Liam	Matias	Montaño	Jorys	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	R.C	1111927615	Keiry	Channel	Bonilla	Viveros	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	R.C	1111929913	Andres	Mathias	Guerrero	Tenorio	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	R.C	1113376061	Breylin	Yareli	Balanta	Pinillo	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	R.C	1115408007	Rosa	Elena	Ortiz	Torres	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	R.C	281592920	Alejandro		Barco	Asprilla	2	11						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																																				
																																	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

Leydi Angulo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/5/2019
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: Abril
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: comunitario COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal ___ BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Sonia Mª Riascos CC 38473267
Código CUENTAME UDS: 761090005785
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: H~c Los Angeles
Dirección: cll 1 Cra 17
Teléfono UDS: 315 0486700

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS – PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	Registro	1111.929.583	Jhon	Anjel	vallesilla	Gamboa	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	Registro	1111.929.570	yeiser	Jose	Salas	Rentería	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A	A		19		
03	Registro	1111.931.082	luis	Arley	Gamboa	Díaz	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	f	A	A	A	A		19		
04	Registro	1111930824	yeilany		Gamboa	Valencia	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	l	A	A	A	A		19		
05	Registro	1111929.176	Gabriel	Elías	Riascos	Asprilla	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A	A		19		
06	Registro	11113376015	Luciana		Mosquera	Pardo	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
07	Registro	1235.149.258	Mariana		vallesilla	Gamboa	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
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:	7
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) TEA

Sonia Maria 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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015751025
MES: ABRIL
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): JULIETH PAOLA M. A
CC 1.028.188.863
Código CUENTAME UDS: 7610900081781
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LOS PAQUITOS
Dirección CRA - 20 - 3 - SUR - N - 21 - 16
Teléfono UDS: 3236631400

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA | CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	1.111.925.820	JUAN	DANIEL	VALENCIA	ARAGÒN	4	8m						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
02	RC	1.115.466.319	ANGEL	ESTIBEN	ARAGÒN	GARCES	4	8m						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1.115.467.406	LUIS	FERNANDO	HINESTROZA	GARCES	3	6m						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1.111.927.555	HANSER	DAMIAN	ANGULO	MINA	3	9m						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1.144.005.426	KELVER	ALEXANDO	MEDINA	PANAMEÑO	1	4m						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1.111.929.201	JESÚS	DAVID	ANGULO	RENTERIA	2	10m						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1.113.375.981	DAIRI	KITANA	CASTILLO	ARAGÒN	2	2m						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1.113.376.289	VALERI	NAHOMI	HINESTROZA	GARCES	1	4m						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
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:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

JuliPaola Medina
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
MES: Abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: tradicional
SERVICIO DE ATENCIÓN: COMUNITARIA HCB
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2020

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Nombre Agente Educativo (a): Aida Betty lopez
Código CUENTAME UDS: 76109000 81779
Dirección: Calle 1ª cr 20 lleras
Centro Zonal: BUENAVENTURA
cc 31589368
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: los pequeños Gigantes
Teléfono UDS: 3206156714

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.Civil	1111926019	Briany	Zoe	Nelva	Celorio	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	R. Civil	1111924092	Milley	alexa	Grueso	Goaltoto	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	EF	A	A	A	A		19		
03	R. Civil	1090282960	Yaltel	Josue	Valencia	mina	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	EX	A	A	A	A		19		
04	R. Civil	528704776	Yandi	Osmar	Cuama	angulo	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	IÓ	A	A	A	A		19		
05	R. Civil	1115551477	Jeison	Zam	Garces	Castillo	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	PE	A	A	A	A		19		
06	R. Civil	525274296	Zoey	Alanny	Celorio	manyoma	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	DAG	A	A	A	A		19		
07	R. Civil	1111929636	Liam	Josue	mondragon	Reyes	1	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ÓGI	A	A	A	A		19		
08	R. Civil	1113376141	Dailin	Estefanya	Valencia	angulo	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	CA	A	A	A	A		19		
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:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Aida Betty lopez Murillo
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

F5.MO12.PP | 23/5/2018
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Diana Yisel Rosero CC 29230881
Código CUENTAME UDS: 761090008179I
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención los bambino)
Dirección
Teléfono UDS: 3188945150

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS – PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		
			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	CAUSA DE RETIRO
01	Rc	1115467615	EMMA	Sofia	lanallordo	Suarez	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	Rc	1115466828	Austin	JAel	Viveros	Mina	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	Rc	1115466409	Arbey	Dael	Renteria	Delgado	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	Rc	1115466385	Tania	Michel	Quiñonez	Mosquera	4	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	l	A	A	A	A		19		
05	Rc	1111926674	Yeferson	Andres	Angulo	Riascos	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
06	Rc	1115466972	luis	Camilo	Valencia	Aragon	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X I	A	A	A	A		19		
07	Rc	1151973522	Danna	Celeste	Valencia	Valencia	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
08	Rc	1111930620	ERick	Santiago	Castro	Valencia	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N P	A	A	A	A		19		
09	Rc	1113376281	Aisel	Janelle	Orozco	Garcia	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D G	A	A	A	A		19		
10	Rc	1111931683	Brittany	Alany	landazuRY	Beltran	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O G A	A	A	A	A		19		
11																																				
12																																				
13																																				
																																	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 UEA

Diana Yisel Rosero
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
[illegible]
Versión 6
Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Maria Betty Urbano CC. 31383299
Código CUENTAME UBS: 76109000 8170
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Globitos
Dirección Cra 1 - #17E95 Barrio lleras
Teléfono UDS: 315 688 2137

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
							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	1196716396	JHON	Pablo	Riascos	Orobio	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexion Pedagogica	A	A	A	A		19		
02	RC	1236146711	Gabriel	Daniel	Cuero	Banguera	3	-						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1115466446	Angel	Matias	Urbano	Garcia	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1111927388	Sara	Alejandra	Angulo	Caicedo	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1111927631	Andres	Matias	Micolta	Riascos	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1115466561	Wilmar	Matias	Renteria	Valencia	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1191224114	Cristian	Eduardo	Riascos	Viveros	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1115466506	Angel	Gabriel	Asprilla	Murillo	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
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:	10	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:		COORDINADOR(A) EA

Betty Urbano
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F3.SD12.PP — 5/25/2018 Versión 8 — Página 1 de 1 Clasificación de la información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACODA
NIT 805023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: Abril
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: comunitario HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo(a): Carol Valencia CC 1111788203
Código CUENTAME UDS: 7610100082742
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Divino Niño
Dirección: ___
Teléfono UDS: 3145455479

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANA: 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	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		1111928367	Kilem	matia	cuero	Isaac	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		A		
02		1111929508	kendall	Alanna	olivero	Diaz	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A	A		19		
03		1235143167	lucena	Alejandra	Mendoza	torres	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	f	A	A	A	A		19		
04		1114323171	gael	Alejandro	valencia	Rodriguez	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A	A		19		
05		1191228714	Sheila	Isabella	Torres	valencia	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	i	A	A	A	A		A		
06		1111929054	luis	Ismael	portucarrero	Renteria	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	o	A	A	A	A		h		
07		1111931186	Jorgen	eliezer	valencia	caicedo	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	?	A	A	A	A		17		
08		1111929523	lizzy	kathaleya	garces	mehico	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A	A		19		
09		1111930331	ailany	Sharith	hernandez	valencia	1	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	g	A	A	A	A		h		
10		1235143739	Emanuel		Ramos	viveros	1	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	g	A	A	A	A		19		
11		1113375018	Dariana	elizabeth	morcillo	sanchez	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	c	A	A	A	A		19		
12		1110834158	shailen	Tamara	gamboa	valencia	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G	A	A	A	A		19		
13		1235147168	luiji	Alexander	Mendoza	Torres	5	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	>	A	A	A	A		19		
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A)

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: [illegible]
MES: Abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB
NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]
AÑO 2025

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Nombre Agente Educativo(a): Vicky salas
C.c: 1006187880
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Código CUENTAME UDS: 7610900057813
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Los capullitos
Teléfono UDS: 3119491599

			NOMBRES DEL USUARIO O USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO O USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS – PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL SESIONES		
N°	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CANTIDAD
01	RC	1119284722	Dailer	Elyan	Renteria	Renteria	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1113376254	Hansel	Demír	Salas	Renteria	7	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	RC	1119259953	Jairo		Delgado	Mosquera	4	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	f	A	A	A	A		19		
04	RC	1119293999	Katalega		Bravo	Renteria	7	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
05	RC	1115461996	Josep	Daniel	Torres	Suares	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	c	A	A	A	A		19		
06	RC	1119264450	Tana	Victoria	Salas	Curo	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	x	A	A	A	A		19		
07	RC	1119266676	Kiany	Jonieth	Renteria	Gamboa	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
08	RC	1144004883	Heivlen	Maria	Salas	Hotado	7	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
09																								n												
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				

TOTAL 19

Verificación de Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 2 AÑOS ASISTENTES	0
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 2 AÑOS ASISTENTES	9
	TOTAL USUARIOS ASISTENTES	

Vicky Salas Curo
FIRMA AGENTE EDUCATIVO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
Versión 5
28/5/2018
Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800923177-4
MES: Abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: H. cb Tradicional HCB
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2026
IDENTIFICACIÓN 1111759853
Regional: VALLE
Nombre Agente Educativo (a): Ana Mile Riascos CC 1111759353
Código CUENTAME UDS: 76109000B1776
Dirección Cr 1 Con 17 # 17E106
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Rayitos de Sol
Teléfono UDS: 3152085182

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	Registro	1111928230	Jhon	Jaiver	Hurtado	Riascos	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	Registro	1111928585	Chairo	sofia	garcia	Chala	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ef	A	A	A	A		19		
03	Registro	1115467985	Cataleya		Asprilla	Murillo	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	l	A	A	A	A		19		
04	Registro	1111928150	Luis	Andres	Diusa	gonzalez	4	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ex	A	A	A	A		19		
05	Registro	1111926624	Martin	Elias	valencia	Valencia	5	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	io	A	A	A	A		19		
06	Registro	1111927063	Jhaner		valencia	valencia	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	np	A	A	A	A		19		
07	Registro	1111926037	Mabel		Rosendo	guaitoto	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A	A		19		
08	Registro	1111927974	Tiany	Chairo	gonzalez	Renteria	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	da	A	A	A	A		19		
09	Registro	1113375249	Angel	Daniel	garcia	chala	4	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	go	A	A	A	A		19		
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
																																	TOTAL			

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

Luz Em R

COORDINADOR(A) EA

Ana Mile Riascos 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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F9.MO12.PP
Versión 6
29/5/2019
Página 1 de 1
Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT: 900023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2020
MES: Abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Nelsy Hurtado CC 29227140
Código CUENTAME UDS: 2610900091969
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los castillito
Dirección calle 9 sur 20
Teléfono UDS: 3225851588

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD		SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
							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	1119825913	Joss	Damil	angulo	Pote	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
02	Rc	11112993	Kenny	Jotto	angulo	camacho	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	111928591	samantha		angulo	Pote	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	11135458	Ian	gael	angulo	Renteria	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	Rc	111331633	luis	Thiago	Bosco	Banguera	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	Rc	111331604	Eilen	luliet	Biwal	angulo	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	Bc	1115016821	Brittany	sofia	Perea	renteria	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	111331559	José	Daniel	Pretel	Jaramillo	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09	Bc	1119304109	Kollins	lucia	angulo	Pote	1	9																												
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:	
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

Luz Em R S
COORDINADOR(A) EA

Nelsy Hurtado
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

Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACIÓN
NIT: [illegible]
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

CERTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: B/VENTURA
Nombre Agente Educativo: Francisca SC cc 1006187873
Código CUENTAME UDS: 961090005?639
Dirección: Cll 4BA 1sur CN 3-60 Cristal
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Los traviesos
Teléfono UDS: 3126192332

No.	Tipo Doc	Número Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Años	Meses	Sem 1 L	M	Mi	J	V	Sem 2 L	M	Mi	J	V	Sem 3 L	M	Mi	J	V	Sem 4 L	M	Mi	J	V	Sem 5 L	M	Mi	J	V	Asistencias	Inasistencias	Causa
1	RC	1111926581	Ansel	Estiwar	Gamboa	Renteria	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A	19		
2	RC	1111927526	Anthony	Zaid	Salas	Castillo	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A	19		
3	RC	1111928700	Leison	fabian	Renteria	Caicedo	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A	19		
4	RC	1113375002	Keilin	Yasary	Bravo	Caicedo	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	19		
5	RC	1144003089	Leiner	Samir	Antonela	quiñones	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A	19		
6	RC	1150956254	Deilin	Maria	Mermejo	Caicedo	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A	19		
7	RC	1111929350	Emma	Valeria	Mosquera	Delgado	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A	19		
8	RC	1111929351	Omar	Ivan	Mosquera	Delgado	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A	19		
9	RC	1111930983	Gael	Andres	Potes	Gamboa	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A	19		
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				

TOTAL 19

Verificación de Cobertura: [illegible] 0 / 9 / 0

Luz Q

Francisca SC

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Mes: Abril

COMUNITARIA HCB

IDENTIFICACIÓN

VALLE

Estefania Valencia

Código CUENTAME UDS: 7610900084626

Cra 32 cll VB 32-32 Kennedy

CC 1111799286

Los Chamitos 2

Teléfono UDS: 3183803390

1	Rc	1115467795	Mia	Salem	Martínez	Valencia	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
2	Rc	1113375819	Genesis	Alaia	Espinosa	Mina	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
3	Rc	1115467402	Celeste		Orozco	Riveras	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
4	Rc	1150955017	Henderso	Adrian	Noviteño	Alomía	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19		
5	Rc	1115467366	Thiago	Gael	Rivas	Banguera	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
6	Rc	1144004929	Jean	Sthevan	Valencia	Gaitoto	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
7	Rc	1113375798	Liam	Oael	Mosquera	Riascos	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	J	A	A	A	A		19		
8	Rc	1086059326	Sara		Perlaza	Mona	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
9	Rc	1078694479	Dorlan		Quiro	Gonzales	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
10	Rc	1111929455	Liam	Gael	Mancilla	David	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
11	Rc	1150955076	Samara		Miranda	Bonilla	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A		19		
12	Rc	1113375320	Franklin	Eduardo	Ramos	Perozo	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G	A	A	A	A		19		
13																												A								
																																	TOTAL	19		

12

COORDINADOR/A

Estefania Valencia A.

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/5/2018
Versión 5	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Ana Jency Valencia CC 1111740510
Código CUENTAME UDS: 76109000577[illegible]
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Santa Teresa
Dirección: Barrio el Cristal Cra 49
Teléfono UDS: 316-6970588

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA — APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA — EDAD — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — TOTAL MENSUAL

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1115467237	Kiana	Yajani	Riascos	Montaño	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	REFLEXIÓN PEDAGÓGICA	A	A	A	A		19		
02	RC	1113375874	Eithan	Gadiel	Garcia	Riascos	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1150955886	Dainy	Liseth	Sinisterra	Scarpeta	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1109577419	Lian	Andres	Sinisterra	Solis	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1111927687	Iner	David	Riascos	Salazar	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1111929098	MariaJosé		Montano	Moreno	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1111925622	Alan	Matias	Garcia	Arroyo	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1111929920	Emanuel		Cortes	Morales.	1	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
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: 8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A)EA

Jency Valencia
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/05/2018
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT.: 809023177-4
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: 760157622025
AÑO: 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Comunitario
SERVICIO DE ATENCIÓN: Hcb.

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valledelcauca
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Buenaventura.
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Sandra Banguera
CC 38468920
Código CUENTAME UDS: 76900057701
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Caritas felices
Dirección UDS: Cra y calle 10 barrio el bosque
Teléfono UDS: 3126374336

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	SEMANAS																									ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
									LUNES	MARTES	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	1111929681	Mady	Natalia	Bonilla	Castillo	1	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
02	RC	1115467936	Valery	Samay	Sanchez	Navia	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1150955499	BrYand	Yael	Arboleda	Lopez	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1111927521	Ian	Yousefft	Hurtado	Angulo	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1111928251	Maicol	Daniel	Pretel	Gamboa	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1111928872	Isis	Danae	Riascos	Zamora	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC																																			
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

Sandra Patricia Banguera R.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F8.MO12.PP — 29/05/2018 Versión 5 — Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo(a): ana milena angulo CC 38466063
Código CUENTAME UDS: 761090081547
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención las conchas
Dirección cra-44-sur Barrio Olimpico
Telefono UDS: 3174597351

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

			NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		
No. de Orden	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	Registro	115467823	Mia	celeste	Doria	tello	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
02	Registro	1115467305	Chelsy	andrea	Valencia	caicedo	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
03	Registro	115956226	Kilian	Jose	Grueso	Valencia	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
04	Registro	1111928728	EDWARD	Yulian	Renteria	castillo	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
05	Registro	723514733	Jeremi	matias	Bram	Diaz	7	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
06	Registro	1111928630	Kristel	Dayan	Gamboa	Bonilla	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
07	Registro	1150956816	DaYLY	celeste	Renteria	Renteria	7	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
08	Registro	1150956923	IAM	DAVI	murillo	angulo	7	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
09	Registro	123547588	KEYSSY	Isabella	Rivas	Diaz	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
10	Registro	111376280	Gad	ethan	peñaloza	Rivas	7	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
11	Registro	72351475	KEICY	Naomi	Rivas	Diaz	7	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
12																																				
13																																				
																																	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		

Luz Een R
COORDINADOR/A

ANA Milena angulo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F2.P012.PP | 23/5/2018
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800223177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: ABRIL
AÑO: 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: TRADICIONAL COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: H. C. HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): DIANA P. BANGUERA CC 38.474624
Código CUENTAME UDS: 76.109000086.596
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS 4 HERMANOS
Dirección: INMACULADA.
Teléfono UDS: 318.7807574

N° 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	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	1111926980	ISABEL	DAYANA	MURILLO	MINA	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		79		
02	RC	1113375961	LIAN	GAEL	TORRES	RORALLEGA	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		79		
03	RC	1150956508	THAILYN	MARTINA	RIASCOS	RIASCOS	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		79		
04	RC	1113375997	ISAIAS		SINISTERRA	CORREA	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		79		
05	RC	1111926890	MARIANELLA		CUERO	RENTERIA	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		79		
06	RC	1115467969	WASHINTON	GAEL	SANCHEZ	VENTE	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		79		
07	RC	1150956960	JASLER	ANDRES	TORRES	VALLECILLA	1	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		79		
08	RC	1111929690	ZOEY	MAILANY	GRUESO	FLOREZ	1	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		79		
09	RC	1150956187	AILEEN	YANARA	CAICEDO	TOTA	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		79		
10																												P								
11																												D								
12																												G								
13																																				
																																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) EAS

DIANA P. BONGUERA G.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	25/5/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76016752025
MES: Abril
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): colombia torres CC 31386321
Código CUENTAME UDS: 7610900072502
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Tom y Jerry
Dirección: cra 32B clle 3ª #32A01 Barrio san francisco de asis
Teléfono UDS: 3146691451

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1076825173	WARly	Celeste	Perea	Angulo	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	REFLEXION PEDAGOGICA	A	A	A	A		19		
02	RC	1085554708	Juan	David	Morales	Portocarrero	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1111926080	Jhan	Franco	Mendoza	VARGAS	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	Rc	1111926304	Mia	Thailany	Murillo	Solis	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	Rc	1111928540	Eiling	Marela	Estupiñan	Mina	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1111929789	Breicy	Darian	Mina	Sanchez	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1111931152	Reycltel	Kataleya	Moreno	Torres	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1115467026	Jayden	David	Hernandez	Arboleda	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09	RC	1150956651	Brayan	smith	Castillo	valencia	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
10	RC	1235145276	ADRIANA	Lucia	Anchico	Murillo	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
11	RC	1235145906	Kiara	Camila	Renteria	Rodriguez	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
12	RC	1235147771	EitHAN	David	Palacios	valencia	1	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
13	RC	1115467489	Tammy	ZaE	Lona	sinisterra	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
																																	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) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.IT012.PP	29/5/2019
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: B/ra
Hoja ___ de ___ BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Flor M. Caicedo. CC 66 944.326
Código CUENTAME UDS: 76109000066134.
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Super Amigos
Dirección: Kra 49a Poste 15-10
Teléfono UDS: 3158962476.

INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	Re	1111929241	Jesus	David	Valencia	Aramburo.	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1111927710	Andres	felipe	Sinisterra	Alegria	3	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	RC	1111929330	Luis	Carlos	Solis	Mosquera	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	RC	1113375147	Eliuren	Dannay.	Hansen	Pandales	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	l	A	A	A	A		19		
05	RC	1113375766	Briana	Lizandra	Cuero	Caicedo	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
06	RC	1112411583	Dilan	Andres	chantre	Daza	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
07	RC	1150956697	Karol	Daimara	Bonilla	Amo	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	/	A	A	A	A		19		
08	RC	1195228354	Merlin	Daniela	Anchico	Mosquera	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A		19		
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
																																	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:	

Luz
COORDINADOR(A) EA

Flor Mary caicedo M.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

F4.MO9.PP | 22/08/2019
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Stefany Mena
CC 1006204887
Código CUÉNTAME UDS: 76109400082348
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los conejitas
Dirección: Cr 20 34 2C 54
Teléfono UDS: 3026900189

N° de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA (SEMANAS) — PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL GENERAL		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	1111978769	Shelsy	Samantha	Ruiz	Ramos	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1111928819	Keiry	Keingry	Peñaloza	Caicedo	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	RC	1111928876	Keyvin	gael	Lopez	Balanta	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	RC	1115467103	Jose	Yael	Ante	victoria	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19		
05	RC	1115462435	Maria	Victoria	Angulo	Garcia	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
06	RC	1115468149	Luis	xadier	Riascos	obando	1	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
07	RUN	28.391368.1	Daylin	Jesseph	sepulveda	Hurtado	2	1						A	A	A	A	A	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I		5	13	
08	RC	1115462677	Alinson	Yireth	Valencia	victoria	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A		A	A		19		
09	RC	1111929914	Leithan	Joseph	quintero	Medina	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
10	PPT	8121958	Thiago	Alejandro	Matheus	canasquero	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
11	RC	1111930541	Alex	samuel	caicedo	candelo	1	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
12																												D								
13																												A								
																																TOTAL				

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

Luz Em
COORDINADOR/A

Stefany M.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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	25/03/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVIC FUNDACOBA
NIT 800021177-4 NÚMERO DE CONTRATO: 76000832025
MES: Abril AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: 8 hora HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Yaneth Olaya R CC 66930468
Código CUENTAME UDS: 76109200083480 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los nomos
Dirección UDS: Cr 34 Barrio. Alto 3.00 Teléfono UDS: 3152627112

INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	Rc	1115946788	Aliz	Dayana	Estupiñan	Riascos	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
02	Rc	1111925655	Brayan	Yoriel	Caicedo	Ocoro	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	Rc	1113375881	Chairin	Maretzi	Orobio	Perea	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
04	Rc	1113375272	Dean	Ohwen	Pico	Renna	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
05	Rc	1109939779	Emmanuel		Ossa	Angulo	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ON	A	A	A	A		19		
06	Rc	1111930254	Iris	Ainhara	Micolta		1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
07	Rc	1111928075	Lenires	Juliet	Balanta	Hurtado	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
08	Rc	1113375693	Lauren	Zoe	Alomia	Hurtado	3	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	d	A	A	A	A		19		
09	Rc	1113376087	Liam	Gaël	Nova	Renna	2	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Ag	A	A	A	A		19		
10	Rc	1113375752	Liam	Joove	Valencia	Riascos	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Og	A	A	A	A		19		
11	Rc	1111927917	Mia	Gisell	Torres	Vargas	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	i	A	A	A	A		14		
12	Rc	1150985945	Martin	Elian	Portocarrero	Estupiñan	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	c	A	A	A	A		19		
13	Rc	1111927287	Otto	Zaid	Zamora	Banguero	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
																																	TOTAL			

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

Yaneth Olaya R
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR
FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP	28/3/2018
Versión 6	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Rosalbina cc66734987
Código CUENTAME UDS: 76040005778
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Angelitos
Dirección: Cra 48 los El Cristal
Teléfono UDS: ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES
01	Registro	1111930139	Mateo		Godoy	Castro	4	6
02	Registro	1113375714	Celeste		Vallecilla	Vanegas	3	2
03	Registro	1144003974	Deiling	Lichany	Candelo	Garces	3	4
04	Registro	1113375726	Axel	Ossian	Garcia	Aramburo	3	3
05	Registro	1113375574	Wellan	Keitany	Parra	Camtuz	3	5
06	Registro	1235146560	Jhonatan		Grueso	Piedrahita	3	3
07	Registro	1115467122	Killian	Andres	Minota	Gamboa	4	2
08	Registro	1111928542	Thaylor	Iveth	Mosquera	Mosquera	3	2
09	Registro	1059049666	Maykol	Stiven	Montaño	Micscos	3	4
10	Registro	1235148876	Ian	Stiven	Grueso	Piedrahita	1	
11								
12								
13								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	REF	A	A	A	A		19		
02						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	IE	A	A	A	A		19		
03						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	XI	A	A	A	A		19		
04						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ON	A	A	A	A		19		
05						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	PE	A	A	A	A		19		
06						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	DA	A	A	A	A		19		
07						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	GO	A	A	A	A		19		
08						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	GI	A	A	A	A		19		
09						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	CA	A	A	A	A		19		
10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
11																												
12																												
13																												
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 Gen
COORDINADOR(A) EA

Rosalbina Albornoz Arena
RESPONSABLE DE GRUPO

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/5/2016
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: 04
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Maria D. Cardenas CC 31610249
Código CUENTAME UDS: 7610900057632
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención MIFINCA
Dirección: K.46 C11 4 Sur olimpico
Teléfono UDS: 3154489129

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	1066849 038	Liz	Damariz	Benitez	Garcias	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexion pedagogica	A	A	A	A		19		
02	RC	1115467810	Emili	Sofia	Mina	oBando	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1235 146 140	Sebastian		Espinosa	Cardenas	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1111 927 059	Dilan	andres	Cardenas	Gacez	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1111 927 262	Keilor	Ivan	Valentierra	oBando	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	11154 67 57 2	Jame	Jacob	Riascos	Cardenas	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1111 927 603	sHelsy	Saray	Espinosa	Castillo	3	1						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																																				
																																	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) EA

Maria Deisy Cardenas Campaz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP · 29/05/2018 Versión 5 · Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ____
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Marlez Rivas CC 66.938.622
Código CUENTAME UDS: 76109000576444
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: La Milagrosa
Dirección Barrio Doña Ucl
Teléfono UDS: 3173599242

	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1.111.926.823	Alix	Dariana	Sanchez	Mestas	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	TRA	A	A	A	A		19		
02	RC	1.235.145.406	Briney	Eliana	Gamboa	Rivas	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	BAJO	A	A	A	A		19		
03	RC	1.235.145.879	Deilin	Johana	Victoria	Hurtado	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	PE	A	A	A	A		19		
04	RC	1.144.003.717	Eliz	Samara	Riascos	Palomino	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	DAG	A	A	A	A		19		
05	RC	1.235.147.477	Erik	Daniel	Victoria	Hurtado	2	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	OGI	A	A	A	A		19		
06	RC	1.113.374.907	Meiling	Zoe	Vallejo	Velascos	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	CO	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

Marlez Rivas
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCION Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/5/2016
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 800023177-4
MES: 04
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB
NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2026

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Sara Rodriguez CC 66945268
Código CUENTAME UDS: 76109600056113
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Bulliciosos
Dirección olimpico Kra 44-7 sur
Teléfono UDS: 3165829291

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS – PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	1086199268	Mirley		ocoro	caceres	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexion pedagogica	A	A	A	A		19		
02	RC	1111930454	Breylin	Dahiara	lopez	celorio	1	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1115467754	Jessivel	Ailen	castillo	plaza	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1111930439	Anver	Michel	caicedo	perlaza	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1111928822	Deren	Yael	orobio		2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1111930062	lennys	Josue	Renteria	Angulo	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1111925322	thiago	Andres	Quiñonez	Martinez	5							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
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: 7
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) EA

Sara M.ª Rodriguez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F11.G12.PP	27/11/2016
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: Valle C BUENAVENTURA
Hoja ___ de
Nombre Agente Educativo (a): Leidy Ordoñez CC 1111793750
Código CUENTAME UDS: 76109000057818
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Hogar los primo
Dirección: Cr38 C11 7
Teléfono UDS: 3113219509

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TO BEN
			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	1111925638	Rosa	Isabel	Torres	Murillo								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19
02	RC	1111926131	Joel	Alfredo	Grueso	Palacios								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19
03	RC	1111927870	Austin	Sneider	Torres	Murillo								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19
04	RC	1150956133	Luz	Branny	Castillo	Torres								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19
05	RC	119626316	Samuel	Caleb	Mosquera	Reina								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	t	A	A	A	A		19
06	RC	1232878237	Esteilin	Samanta	Valecia	Cuero								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X		A	A	A		19
07	RC	1235147131	Monserrath		lopez	Diaz								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	!		A	A	A		19
08	RC	1113376036	Maximiliano		Sanchez	Cuero								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O		A	A	A		19
09	RC	1115466213	Lam	Rafael	Rosera	Chalar								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N		A	A	A		19
10																										P						
11																										D						
12																										6						
13																																
																															TOTAL	

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES:
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES: 09
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) EA

Leidy Jhoana 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 REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/5/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativ: ANYI PAOLA VALENCIA MINA
CC ## 38471884
Código CUENTAME UDS: 7.610.900.057.835
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención_
Dirección: CRA65SUR CALLE15 FRENTE AL COLEGIO MILITAR
Teléfono UDS: 3236153937

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA — APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
							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	1150956722	CATTALEYA		OCAMPO	RIASCOS	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1042597014	EVISON		ALVAREZ	CUNDUMI	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	RC	1150956411	HEILYN	ADARA	MOSQURA	ORDOÑEZ	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	RC	1150956181	JOSE	ABEL	MEJIA	SINISTERRA	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19		
05	RC	1235147875	KILYAN	GAEL	VIVEROS	MONTAÑO	1	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
06	RC	1235146641	LEINER		PAYAN	SINISTERRA	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
07	RC	1111927679	MAXIMILIANO		VIVEROS	MADRID	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
08	RC	1196716581	THIAGO		RODRIGUEZ	VALENCIA	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
09	RC	1150956815	YANEIRY		QUINONEZ	RODRIGUEZ	1	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
10	RC	1150956939	VANIHA	JASMIN	MADRID	VALVERDE	1	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
11	RC	1113374884	YORLIN	STI	SINISTERRA	SINISTERRA	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A		19		
12	RC	1150956964	EFRAIN		ANGULO	VALENCIA	1	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G	A	A	A	A		19		
13	RC	1111931809	ARLETH	ADHARA	ESTACIO	BEDOYA	1							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
																																	TOTAL	19		

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) EA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Connice Benitez CC 1111 768 583
Código CUENTAME UDS: 7610900081860
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pollitos
Dirección: Bellavista 46
Teléfono UDS: 3135515048

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	1111928184	Sonel	Dayana	Quiñones	Ponomeño	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1111928323	Christine	Yjahara	Valencia	Gamboa	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A	A		19		
03	RC	1232818654	Emanuel		Valoys	Rivas	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	T	A	A	A	A		19		
04	RC	1150956261	Samuel		Chances	Torres	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	le	A	A	A	A		19		
05	RC	1109575960	Jesus	alberto	Ocoro	Olaya	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	t	A	A	A	A		19		
06	RC	1111926588	Criss	Deiby	estupiñan	Obando	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	on	A	A	A	A		19		
07	RC	1111928715	Liam	Santiago	Gomes	Ponameño	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1111928445	Aloyis	Gabriela	Bedoya	lugo	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09	RC	1235289272	Derek	Samuel	andrade	Velasquez	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
10	RC	1111929068	Milan	Noah	Benitez	Rodriguez	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
11																																				
12																																				
13																																				

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)

Connice Benitez 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	F6.MO12.PP — 29/5/2018
		Versión 5 — Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ____ de ____
Nombre Agente Educativo (a): Gloria amparo Lerma CC 38469450
Código CUENTAME UDS: 761090003118 82
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención mi cariñito
Dirección: crr47 n a 44
Teléfono UDS: 3163628891

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	R.C	111928203	Iam	Yael	Caicedo	Orozco	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	R.C	1113375776	Brian	yael	Ramos	mosquera	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	EF	A	A	A	A		19		
03	R.C	115466926	Jhoandri		Caicedo	Mosquera	4	A						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	LE	A	A	A	A		19		
04	R.C	1235145913	Thiago	Joel	Bonilla	Hurtado	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	XI	A	A	A	A		19		
05	R.C	1115467395	Jeilin	Mariam	Riasco	Gamboa	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ON	A	A	A	A		19		
06	R.C	109573475	Jose	ismael	Rivas	Renteria	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	PE	A	A	A	A		19		
07	R.C	115467290	Grabriel	matias	Cuero	Riasco	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	DA	A	A	A	A		19		
08	R.C	1113375697	Kiliam	Samir	mosquera	mosquera	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	GO	A	A	A	A		19		
09	R.C	111927856	Jhosuar	fernando	Jimenez	Riasco	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	GI	A	A	A	A		19		
10	R.C	1150955055	Yerling	Alanna	Hurtado	Cuero	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	CA	A	A	A	A		19		
11																																				
12																																				
13																																				
																																	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) EX

Gloria Amparo Lerma
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP · 29/3/2018 Versión 5 · Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Domitila Aspilla CC 66746891
Código CUENTAME UDS: 76109008091687
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención los simpson
Dirección: Cr 32 B # 4-81 B. Kennedy
Teléfono UDS: 3104230747

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	1234202162	EILIN	ZOE	HURTADO	CAICEDO	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1235146975	AIDEN	JASIR	NAVARRETE	VALENCIA	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	RC	1150956785	ANTONELLA		CAICEDO	HURTADO	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	RC	1115467679	IAM	JAMPIER	SINISTERRA	LOPEZ	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19		
05	RC	1235146781	MAICOL	GABRIEL	RENTERIA		3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
06	RC	1115467612	KEIRY	LUCIANA	ZAMORA	CARVAJAL	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
07	RC	1150956437	KAYLEM	CHARY	SUAREZ	GONZALEZ	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
08	RC	1111929725	THIARY	YAHANNY	SINISTERRA	ANGULO	1	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
09	RC	1111927904	ALLISON	GISELLE	MORENO	MORENO	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
10	RC	1111930018	GERSON	AXEL	JARAMILLO	MORENO	1	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
11	RC	1111929163	KENDRICK	JOAO	QUIÑONEZ	MOSQUERA	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	6	A	A	A	A		19		
12	RC	1111928937	AISHA	NAILEA	GARCIA	GODOY	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
13	RC	1196716441	JIRETH	MARIANA	BENITEZ	RAMIREZ	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
																																	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)

Domitila Aspilla Bedoya.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5	29/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): ROSA CASTRO CC 29254453
Código CUENTAME UDS: 761090005 7704
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los condoritos
Dirección ___ Barrio Cr 48C 9-937
Teléfono UDS: 3225958426

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	1111927340	JESUS	ADRIAN	IBARGUEN	SINISTERRA	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19.		
02	RC	1115466793	ERYCK	DANIEL	GARCES	VALOY	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
03	RC	111926837	Brithy	sofia	Rivas	Hurtado	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
04	RC	1111926549	Maiber	orley	Rentería	Moreno	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
05	RC	1107541399	Victor	Josue	MEZA	RENTERIA	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
06	RC	1115467539	Benjamin		Sinisterra	Angulo	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	A	A	A	A		19		
07	RC	111929033	Jhemer	Andres	Mosquera	Riascos	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
08	RC	1150955865	Brasly	Yuliana	Garces	Riascos	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
09	RC	1150956170	Keiner	Joel	Sanchez	Arboleda	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
10	RC	1235146709	Keiler	Samir	Riascos	Martinez	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19.		
11																													R								
12																													F								
13																																					
																																	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 Elena R.
COORDINADOR(A) EA

Rosa Castro
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.M012.PP | 22/05/2018
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 880023177-4
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Yenni Enith Angulo CC
Código CUENTAME UDS: 7610900084779
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Mis Bebitos
Dirección Barrio El Ruiz cr 8za calle 2
Teléfono UDS: 3177177512

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

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1111928799	Luz	Cattleya	Narvaez	Aduincula	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R E	A	A	A	A		19		
02	RC	1235146804	Kilian	Jesus	Angulo	Garces	3	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F I	A	A	A	A		19		
03	RC	1235147171	Lia	Roxana	Moreno	Renteria	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E X	A	A	A	A		19		
04	RC	1235146000	Keyshani	Thaell	Diaz	Angulo	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I O	A	A	A	A		19		
05	RC	1115467587	Karen	Liceth	Mina	Angulo	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
06	RC	1111929768	oscar	Alexander	Salazar	Asprilla	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P E	A	A	A	A		19		
07	RC	1235147666	Genesis	Naila	Gonzalez	Gomez	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D A	A	A	A	A		19		
08																												G O								
09																												C I								
10																												C A								
11																																				
12																																				
13																																				
																																	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) EA

Yenni Enith Angulo A
RESPONSABLE EQUIPO

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

FS.MO1 PP | 2019
Versión 5 | Página 1 de 1
Clasificación de la información
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800023717-1
NUMERO DE CONTRATO: 7601575 J25
AÑO 2025
Mes: Abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja __ de __
Nombre Agente Educativo (a): Sobeida Caicedo CC 35 805 403
Código CUENTAME UDS: 76109000056568
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi pequeño hogar #2
Dirección: vereda la gloria
Teléfono UDS: 3114724913

INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	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	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1144005785	Eithan	Daniel	ibarGuén	Murillo	1	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexión pedagógica	A	A	A	A		19		
02	Rc	7235741969	Aislyn	Alanna	Balanta	Vernaza	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	Rc	7774250340	Angel	Malek	Valencia	Murillo	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	Rc	1151974522	Sashá	Mauricio	Valencia	Palacio	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	Rc	7235145686	Moises	yael	Viveros	Biascos	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	7235146340	Maria	Ester	Asprilla	Bioscòs	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	Rc	7235146393	Andrey	Luciana	Benteria	Biascos	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	7235147674	Heylin	Zayara	Panameño	Cordobä	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09																																			
10																																			
11																																			
12																																			
13																																			
																																	TOTAL			

Verificación de Cobertura
TOTAL PARTICIPANTES MENORES DE 6 MESES ASISTENTES
TOTAL PARTICIPANTES MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES 8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

Luz Cu R D.
COORDINADOR(A)

Sobeida Caicedo
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

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 8 | 1 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

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

NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2025

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Nombre Agente Educativo (a): Marlin Pancilla CC 37586.086
Código CUENTAME UDS: 76109000138?
Dirección: Cll 56-1 B/ Cristobal Colon
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Camisel
Teléfono UDS: 3187714582
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS – PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1.150956914	Mia	Abigail	Hinojosa	granado	1	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Trabajo pedagogico	A	A	A	A		19		
02		1.111929321	Noah	Sebastian	Tobar	Castro	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03		1.111929.058	Emily	Samanta	Barona	Angulo	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04		1.150956933	Tailer	Harley	Arce,	Asprilla	1	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05		1.115467.220	Kensley	Nahiara	Angulo	Ortiz	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06		1115467899	Iahiam	Gael	Gamboa	Diaz	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07		1.111925813	Jhosimar	Stelin	Riascos	Riascos	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08		1.094.658446	Diani	Eva	Mosquera	Rivas	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09		1.150954860	lauren		Rentería	Valencia	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
10		1.150955491	Liz	Alaya	Gomez	Riascos	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
11																																				
12																																				
13																																				
																																	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 Eva R. D.
COORDINADOR(A) EA

Marlin Pancilla.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F27.MT1.PP
Versión 1
Página 1 de 2
Clasificación de la Información
Pública

MES: Abril
AÑO 2020
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB COMUNITARIO

IDENTIFICACIÓN
Regional: Valle
Centro Zonal: Buenaventura
Municipio: Buenaventura
Nombre Agente Educativo(a): Mayerlin Mora
CC. 38472847
Código CUENTAME UDS: 761090008l843
Nombre Unidad de Servicio / Unidad de Atención: los consentidos
Dirección UDS: Cr56a Cll2 NC56-13
Teléfono UDS: 320 6765618

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA L	PRIMERA M	PRIMERA Mi	PRIMERA J	PRIMERA V	SEGUNDA L	SEGUNDA M	SEGUNDA Mi	SEGUNDA J	SEGUNDA V	TERCERA L	TERCERA M	TERCERA Mi	TERCERA J	TERCERA V	CUARTA L	CUARTA M	CUARTA Mi	CUARTA J	CUARTA V	QUINTA L	QUINTA M	QUINTA Mi	QUINTA J	QUINTA V		CAUSA DE RETIRO
RC	1111926787	JENNIFFER	Althana	Rodriguez	Villegas	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19	
RC	1175466443	MIA	Samara	NUÑEZ	Sinisterra	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19	
RC	1150956251	SHELMY	YULIANA	ANGULO	CAICEDO	3	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	
RC	1111925800	NAYLIN	SUSANA	GAMBOA	RENTERIA	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19	
RC	1078666806	JHANNIS	CAMILA	BRAVO	MOSQUERA	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19	
RC	1116084813	MILAN		CORTES	MONTOYA	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19	
RC	1111926425	KILIAN	JAVIER	ANGULO	VALENCIA	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19	
RC	1235146128	DHARA	eHAeL	CARDENAS	POSSO	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19	
RC	1113376212	Liz	Celeste	ANCHICO	RENTERIA	7	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19	
RC	1150955827	EITHAN	ANDRES	AGUIÑO	MOSQUERA	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19	
RC	1235145827	JOAN	ANDRES	POSSO	PINILLO	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19	
RC	1150956639	LIAN	SAMUEL	PISCO	Palacios	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19	
																											A							
																																TOTAL	19	

12

COORDINADOR(A)/EA

Mayerlin Mora.
RESPONSABLE DE GRUPO

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
Versión 5
Página 1 de 1
Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752925
MES: Abril
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: FC
COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: Khoras
HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Dora Torres R
CC 31377215
Código CUENTAME UDS: 76109000086590
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Monguitos
Dirección: Cra 53ª 1-05 B-Cascajal
Teléfono UDS: 3126007603

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
									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	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111926158	CArlos	Alexis	Vergara	Bravo	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexión pedagógica	A	A	A	A		19		
02	RC	1066848941	AUYI	FERNANDA	OROBIO	PERea	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1111926.177	DANNA	MASSIEL	VAlencia	Diaz	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1111926902	CARTER	DAVID	RIASCOS	cuero	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	111930.108	LUCIANA		OlAyA	GAMBOA	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
6	RC	111546532	ISABEL	SOFIA	Matomba	CANDELA	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
7	RC	1047523439	Elizabeth	yaneth	Beleño	Hurtado	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
8	RC	1150955219	Jose	DAVID	Quiñonez	Nuñez	4	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09	RC																																			
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: 8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) EA

DORA MARIA TORRES RIASCOS
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F8.MO12.PP	23/03/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO 76000882025
MES: Abril
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: HCB comunitario COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Mabel Riascos cc31640507
Código CUENTAME UDS: 761090006091569
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención 3137121268
Dirección UDS: Barrio Lleras calle 7 am no 15-69
Teléfono UDS:

	IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
	RC	123819190	Yertan	daley	Riascos	Riascos	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
	RC	1111490174	Kelian	Jair	Hernadez	Bongura	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
	RC	1111925525	Charra	Nahoni	Gamboa	Estupinan	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
	RC	1112070513	Kilian	Yiru	Gamboa	Caicedo	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
	RC	111546763	Kilian	Samir	Zamora	Hurtado	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
	RC	1154670175	Thiago	Stiven	Mosqura	Mosquera	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
	RC	1130455430	Amber	Shalin	Gorce	Renteria	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	9	A	A	A	A		19		
	RC	1111926200	Brián	Calet	Perlaza	Montengro	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	8	A	A	A	A		19		
	RC	111546819	Jhón	Howor	Turne	Ballecilla	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	6	A	A	A	A		19		
	RC	1111327982	Aura	Tatiana	Renteria	Arroyo	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	i	A	A	A	A		19		
	RC	111192791	Sofia	Ahtony	Valecia	Sinisterra	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
																																		TOTAL	19	

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

COORDINADOR(A) EA

Mabel Riascos Abudelo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

3

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F5.MO12.PP · 2/08/2018 Versión 5 · Página 1 de Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Suleima Arroyo CC 38.469.905
Código CUENTAME UDS: 7610900081486 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Winnie Pooh
Dirección Cra 86 28-4 Teléfono UDS: 3054035776

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111927177	José	Mateo	Celorio	Garces	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Re	A	A	A	A		19		
02	RC	1235148003	EMMa	Yaizury	Celorio	Garces	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
03	RC	1111927348	Sara	Liseth	Riascos	Rivas	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	LE	A	A	A	A		19		
04	RC	1150955003	ShaYrY	JeslaYnY	Angulo	Aragón	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
05	RC	1150955418	Milagros		Sinisterra	Valencia	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	IO	A	A	A	A		19		
06	RC	1111929129	Mariana		Valencia	Celorio	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
07	RC	1235146659	Luis	David	Caicedo	Ortiz	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	PE	A	A	A	A		19		
08	RC	1235147116	Heitan	Yoan	Suarez	Grueso	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A		19		
09	RC	1235147124	Maikel	Yoel	Ramos	Arboleda	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	AG	A	A	A	A		19		
10	RC	1235147232	Danna	Yelen	Riascos	Perea	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	OG	A	A	A	A		19		
11	RC	1235147347	EverlY	Zaimara	Riascos	Perea	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
12	RC	1235147516	Alexa		Valencia	Renteria	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
13	RC	1235148159	Eliot	David	Cordoba	Manyoma	1	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19.		
																																	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) EA

Suleima Arroyo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL**	**F6.MO12.PP** — **29/05/2018** **Versión 6** — **Página 1 de 1** **Clasificación de la Información: Pública**

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 805023177 -N
MES: ABRIL
MODALIDAD DE ATENCIÓN:
SERVICIO DE ATENCIÓN:

NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO: 2026

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: ___ Centro Zonal: ___ Municipio: ___
Nombre Agente Educativo (a): Solani Benavidez CC 29231803
Código CUENTAME UDS: 76109000091576 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: RAyito de SoL
Dirección UDS: cr 57 a 6 sur 52 Antonio Nariño Teléfono UDS: 3136177980

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — **CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA**

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	1150956155	Emily	ARIANy	VALENCIA	BTOCARRERO								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	PLANEACION PEDAGOGICA	A	A	A	A		19		
02	RC	1150955343	DUICE	ZAAYARITH	ARIZALA	NIEVES								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1150955243	ALICE	YHAZARA	CELORIO	ORTIZ								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1115466677	HANSEL	DAVID	VENTE	JARAMILLO								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1235146483	JHOAN	DANIEL	RODRIGUES	MINA								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1111928133	LESLY	MICHEL	GAMBOA	MOSQUERA								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1061117568	KELIAM	GAEL	RIASCOS	OSPINA								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1150956346	Wainer	Andres	Perea	caicedo								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A				
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
																																	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) EN — RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F8.MO12.PP · 29/05/2018 Versión 5 · Página 1 de 1 Clasificación de la información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Ingrid. Y. Longa CC. 1.111.750.198
Código CUENTAME UDS: 76109000BTB4-4 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Manitas creativas
Dirección Kr-57 B-cll 8Sur B-Antonio Nariño Teléfono UDS: 3153198436.

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	1111825805	Emilin	Dayana	Salazar	Riascos	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	Rc.	1150955608	naili	Sarai	Murillo	Angulo	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	Rc	1111927381	Ledy	yolieth	Ocoró	Mosquera.	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	Rc	1111928980	Kaili	Alejandra	Carabalí	Torres	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19		
05	Rc	1235145429	Juan	David	Alomía	Riascos	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
06	Rc	1111925609	Jesús	Adrián	Rivera	Quintero	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
07	Rc	1113375727	Jesiah	Peniel	Grueso	Caceres	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
08	Rc	1150953967	Dulce	María	Morales	Moreno	1							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
09	Rc	1111.929335	Kendall	Alana	Cangá	Garcia.	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
10	Rc	1111.930962	Howen	Noat	Valencia	Cangá	1							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
11	Rc	1114961509	Juan	David	Gómes	Quintero	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G	A	A	A	A		19		
12																																				
13																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

Ingrid Yessena Longa.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:

NIT:

NÚMERO DE CONTRATO:

MES: Abril

AÑO:

MODALIDAD DE ATENCIÓN:

SERVICIO DE ATENCIÓN:

IDENTIFICACIÓN

Regional: Valle

Centro Zonal: Buenaventura

Municipio: Buenaventura

Hoja ___ de ___

Nombre Agente Educativo (a): Gina Paola Torres

CC 38469683

Código CUENTAME UDS: 761090082349

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Mi Corazoncito

Dirección UDS: Cra 57 No 6 sur 40

Teléfono UDS: 3332212011

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	1235147342	Jayden	stiven	Riascos	Caldas	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1111928437	Keller	Anaya	Murillo	Bonilla	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	EF	A	A	A	A		19		
03	RC	1114962638	Shayna	Tahimara	Moreno	Molina	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	LE	A	A	A	A		19		
04	RC	1235146304	Jesús	David	Cuero	Granados	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	XI	A	A	A	A		19		
05	RC	1113375613	Thaniel	Samuel	Gamboa	Cuero	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	ON	A	A	A	A		19		
06	RC	1115467472	Emily	Sofia	Hurtado	Delgado	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
07	RC	1150954770	Yelen	Alanna	Poredes	Angulo	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ED	A	A	A	A		19		
08	RC	109577322	Mateo		Angel	Hurtado	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	AG	A	A	A	A		19		
09	RC	1034323502	Andris	Sahara	ortega	Caldas	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	OG	A	A	A	A		19		
10	RC	1150956634	Angel	Joel	Minotta	Poredes	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	IC	A	A	A	A		19		
11	RC	1235147199	Luz	Naiot	Arboleda	Gonzalez	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
12	RC	1191227003	Raul	Stiwar	Aduincula	Aduincula	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X		A	A	A	A		19		
13																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

Gina Paola Torres
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Versión 1 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACCBA
NIT 100523177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 7615752024
MES: 04
AÑO 2024
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Suleidi Panameño
CC 1111753652
Código CUENTAME UDS: 76109000 81836
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los bulliciosos
Dirección: KR 21C CL 2B
Teléfono UDS: 3154132541

N°	TIPO DOC.	N° DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	OBSERVACIONES
01	RC	1119266619	Jeiler	Yadiel	Mosquera	Rivas	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	TRABAJO PEDAGOGICO	A	A	A	A		19		
02	RC	111928910	Maria	Isabel	Martinez	Cuellar	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1115466532	Blainer	Stiven	Sinisterra	Benitez	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1115467355	Luz	Mayerlinz	Valencia	Angulo	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1115467647	Albert	Zaid	Viafara	Valoy	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1115467515	Deilin	Alana	Mondragon	Mosquera	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1235145474	Ausbleydi		Gamboa	Mosquera	4	5						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																																				
TOTAL																																				

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

Luz Em R D.
COORDINADOR(A)

sulerdi P.V
RESPONSABLE DEL GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/8/2018
Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: Abril
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: Completo HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): SOBEIDA POSSO C. CC 38474027
Código CUENTAME UDS: 7610900081762
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Senderito
Dirección: Cra 85. Calle. 2da. Br. Gabriel. pombo.
Teléfono UDS: 3155902125

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

No. de Orden	TIPO DOC.	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: 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		1111930919	Arleth.	Adhara	Portocarrero	Rojo	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
02		1235146136	Deiby	Jair	Tobar	Moreno	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03		1113375292	Endrick	Schomeriche	Longa	Reina	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04		1113376107	Jailen	Andres	Riascos	Rosero	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A		19		
05		1135147448	Jhon	Keiner	Alzamora	Velazco	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06		1112304781	Jorge	Isae	Gomez	Rivera	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A			A	A	A	A		19		
07		1235147460	Kerolin	Daniela	Ramirez	Estupiñan	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08		1235145915	Luis	Manuel	Lopez	Mosquera	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09		1111927690	Wesny	Adhara	Pedroza	Zuñiga.	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
10		1235146520	Zoé	Ainara	Torrez	Mina	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
11		1113072567	Dilan	Josue	Trujillo	Diaz	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
12																																			
13																																			
TOTAL																																			

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

COORDINADOR(A) EA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Sandra P. Mosquera
CC. 38447319
Código CUENTAME UDS: 761090008181829
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Pecesos
Dirección: Cl 2 B 21 SN 660, Los Almendros
Teléfono UDS: 3165142202

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	1144000123	Aileen		Sinistera	Mosqur	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1111928200	Abel	Yael	Vivares	Rodallega	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	c	A	A	A	A		19		
03	RC	1109577771	Caleb		Angulo	Mosquera	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	7	A	A	A	A		19		
04	RC	1111926721	Asly	Yisel	Angulo	Rodallega	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	6	A	A	A	A		19		
05	RC	1235147495	Alana	Sofía	Escobar	Sinistera	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	t	A	A	A	A		19		
06	RC	1115467623	Alani		Rivas	Diaz	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	8	A	A	A	A		19		
07	RC	1111925852	Emma	Dalin	Angulo	Rodallega	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1151973531	Hansel	Elian	Valencia	Mondragon	5	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09	RC	1111928040	Kimberlin		Rodallega	Rentería	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
10	RC	1111927988	Yolaisi		Rodallega	Victoría	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
11																																				
12																																				
13																																				

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 Ene R
COORDINADOR(A)/EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/05/2016
Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Maria Benitez CC 31385535
Código CUENTAME UDS: 76109001J1062
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Ecce homo
Dirección Kr 61C #17-26
Teléfono UDS: 3186391960

INFORMACIÓN DEL USUARIO /USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO /USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO /USUARIA		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	1111931622	Carlos	yair	Bravo	Aramburo	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
02	Rc	1115665556	Emmi	Isabel	Mancilla	Carabali	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
03	Rc	1111931621	Hemerson	David	Barvo	aramburo	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
04	Rc	1150955652	Mariana		Valencia	Mina	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
05	Rc	1235054525	Angel	Alonso	Garero	Lara	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	l	A	A	A	A		19		
06	Rc	1111931620	Ingrid	saray	Bravo	Aramburo	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
07	Rc	1113375908	Chelsie	Alana	Riascos	Rivas	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
08	Rc	1115468133	Jesus	David	Mancilla	Carabali	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	i	A	A	A	A		19		
09	Rc	1111927550	Kilian	Hernan	Rodigez	Riascos	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
10	Rc	1235147115	Liam	Jeremy	Viafara	Ramos	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
11	Rc	1115466053	Migel	Angelo	Navarro	Rosero	4	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
12	Rc	113305925	Keyden	Zamir	sabanero	Romero	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
13																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

Maria Benitez
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/05/2018
Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Maria amu
CC. 31600950
Código CUENTAME UDS: 76109008856
Nombre Unidad de Servicio / Unidad de Atención: Los pitufos
Dirección: Kr 60C # 12-26
Teléfono UDS: 3225972946

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

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	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	1061117570	Yeiner	Samuel	Riascos	Riascos	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
02	Rc	1196716252	Emma	Isabella	Paz	lara.	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
03	Rc	1111929320	Jhan	Maykel	Palacios	Riascos	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
04	Rc	1150956884	Ayen	Zoe	Riascos	Montaño	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
05	Rc	1119928627	Jainer	Josue	Cuellar	castillo.	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	1	A	A	A	A		19		
06	Rc	1111827514	Jhon	Deiner	Obando	Riascos	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
07	Rc	1150955956	Fallon	Nahomy	Garces	Carabali.	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
08	Rc	1109574154	Ayleen	Samantha	Riascos	Riascos	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	!	A	A	A	A		19		
09	Rc	1235053640	Hersheel	Kaory	Sanchez	Viveros.	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	0	A	A	A	A		19		
10	Rc	1150955410	Jeison	Estiven	Asprilla	Potes	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
11	Rc	536218609	Alanna	chariany	Asprilla	Garces	4	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	:	A	A	A	A		19		
12	Rc	529657173	Larry	Steyler	Arbdeda	Rodigez	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F		A	A	A	A		19		
13																																			

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)

Maria Alegandra Amu
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
[illegible]

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: Abril
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Hortel Mosquera C. CC 66746169
Código CUENTAME UDS: 76109000618558
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pequeños Gigantes
Dirección: Clle 1ª Sur Cra 57 #57-12 B/Cascajal
Teléfono UDS: 317 483 4353.

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	1115467439	Brian	Alexis	Rivas	Castillo.	4	5
02	RC	1115466185	Brayan	Damian	Arrechea	Torres	4	10
03	RC	537138196	Dania	Dalesta	Bonilla	Prospert	1	8
04	RC	1150955558	Dailyng	Sophia	Angulo	Gamboa.	3	8
05	RC	1113375953	Ethan	Manuel	Mina	Montaño	2	9
06	RC	111928657	Elian	Camilo	Riascos	Caicedo	2	5
07	RC	1066948980	Antual	Andres	Ruiz	Hurtado	2	9
08	RC	1111929603	Ian	Samir	Jaramillo	Gomez	1	8
09	RC	1111928187.	Killian	Dael	Asprilla.		2	9
10	RC	1110930181	Kiana	Yoreli	Balay	Orguela.	1	4
11								
12								
13								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	T	A	A	A	A		19		
02						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
03						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
04						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A		19		
05						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
06						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G	A	A	A	A		19		
07						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
08						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G	A	A	A	A		19		
09						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C O	A	A	A	A		19		
11																												
12																												
13																												

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) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	29/05/2018
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ____
Regional: VALLE
Centro Zonal _ BUENAVENTURA
Municipio: ______ BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativa ANDREA ESTEFANI ZAMORA
CC________ 1111745048
Código CUENTAME UDS: 7.610.900.031.842
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención________ MI PEQUEÑOS ANGELITOS
Dirección ____________ VILLA LINDA
Teléfono UDS: ____ 3150732139

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																											CAUSA DE RETIRO
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1113375779	ASHLY	SOFIA	ESPINOSA	RODRIGUEZ	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
02	RC	1122542668	ISAAC	ABDIEL	DUQUE	VILLA	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	RC	1235146330	YSAMAR		GAMBOA	MOSQUERA	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	RC	1235147129	AITANA		CHAMBO	SERRANO	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
05	RC	1235147709	NOAH	ARLEY	CASTAÑO	ANGULO	1	5						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																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

A N D R E A   Z A M O R 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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/05/2018
Versión 5 | Página 1 de 1
Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES:
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo FRANY ESTEFNI ANGULO
CC 1235138857
Código CUENTAME UDS: 7.610.900.631.862
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LAS MARIPOSAS
Dirección EL CAMBIO cra 58 1 -28
Teléfono UDS: 321 7404085

	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1115466346	ELIAM	YASSER	QUIÑONES	RIVAS	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
02	RC	1150955269	ARIEL	MATIAS	VALENCIA	OROBIO	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
03	RC	1235145064	MARIA	ALEJANDRA	RODRIGUEZ	PANAMEÑO	5	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
04	RC	1235145096	CRISTIAN	ANDRES	MIRANDA	VALENZUEL	5	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
05	RC	1235147159	DENIS	JOSUE	TORRES	ARBOLEDA	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
06		1235147829	NAHIARA		PEREA	POMEO	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
07		1235147830	AHINARA		PEREA	POMEO	1	3						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																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A)EA

Frany Estefani Angulo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/05/2018
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: ____
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo: MARA MAYERLIN MONTAÑO
CC 31586131
Código CUENTAME UDS: 7.610.900.084.795
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: LOS ANGELES
Dirección: BARRIO LA INDEPENDENCIA
Teléfono UDS: 318 2869783

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111928180	IRLEN	IVANNA	CELORIO	ANCHICO	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
02	RC	1111928730	JACOB	MAURICIO	AGUILAR	CHALA	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
03	RC	1113375923	IAN	STERLING	LERMAN	MONTAÑO	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
04	RC	1115467163	WALTER	JOEL	MONTAÑO	BETANCURT	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
05	RC	1115467180	ERICK	SAMUEL	CANDELO	ROSENDO	4	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
06	RC	1143883217	AARON	DAVID	FERNANDEZ	HURTADO	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
07	RC	1143883763	MARIA	ISABELLA	RODRIGUEZ	SOLIS	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
08	RC	1150954932	SAYMI	LUCIANA	ANGULO	VIVAS	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
09	RC	1150954941	KYLIAN	MANUEL	TALAGA	MENDOZA	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
10	RC	1150955505	JADA	ANTONELLA	VALENCIA	GARCES	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
11	RC	1150955663	LUIS	DEREK	DIAZ	MONTAÑO	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
12	RC	1150955870	EDIL	CAMILO	CANGA	CASTRO	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
13	RC	1150956255	GAEL	ALEXANDER	ANGULO	ROSENDO	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
																																	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: ____

Luz R
COORDINADOR(A) EA

Mara Mayerlin
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

F2.MO12.PP | 23/08/2018
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 860013172-4
MES: ABRIL
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB
NÚMERO DE CONTRATO: 76015132025
AÑO 2019

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): KATHERINE PALACIOS LONGA
CC_1111783871_
Código CUENTAME UDS: _761090091313_
Dirección _CLL 3 TR 79 # 51-36 UNION DE VIVIENDA_
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención _LOS CORDERITOS_
Teléfono UDS: _3128519863_

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235146479	KEY	HADANNA	SALAZAR	BERMUDEZ	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1232829324	ALLISON	JARETH	MOSQUERA	MONTAÑO	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	RC	1191228336	JADEN	ZAYAN	LERMA	DE LA HOZ	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	RC	1115456935	AYSEL	YARESTH	LEDESMA	CUERO	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19		
05	RC	1235146103	CELIN	AYNHOA	RIASCOS	PALACIOS	4	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
06	RC	1232825334	JULIANA		ARIAS	LOPEZ	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
07	RC	1234202328	ASLHYN	MARIANA	MORENO	LONGA	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
08	RC	1146606184	ANGEL	GABRIEL	COLLANTE	CUESTA	1	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
09																												N								
10																												P								
11																												E								
12																												D								
13																												A								
																																	TOTAL			

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

Luz Elena R.
COORDINADOR(A) EA

Katherine Palacios.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F1.MO13.PP | 21/05/2018
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVIC FUNDACOSA
NIT 800023[illegible]77-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76000582025
MES: Abril
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: tradicional HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Ingrid Uliana mosquera 1111758341
Código CUENTAME UDS: 7610900892262
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pequeñin
Dirección UDS: Cr 58 B Antonio nariño
Teléfono UDS: 3167751998

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
01	RC	1235147454	Sara	Yaretzy	Rivero	Quintero	1	10
02	RC	1150956752	Josue		Riascos	Riascos	2	1
03	RC	1150956097	Karly	nahomi	Torres	Torres	3	
04	RC	1089005025	Josua		Payan	Angulo	4	10
05	RC	1113375372	Dafne	charlotte	Hurtado	mosquera	3	8
06	RC	111927578	Laiam	Yulieth	Poyan		3	11
07	RC	1053878210	Genesis	Dahiana	Ordoñez	Doncel	2	8
08	RC	1111927460	Justin	Alexander	Lopez	muñoz	3	2
09								
10								
11								
12								
13								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA: LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexión pedagógica	A	A	A	A		19		
02						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09																												
10																												
11																												
12																												
13																												

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) SA

Ingrid Uliana Mosquera 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 REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F0.MO12.PP Versión 6 Clasificación de la Información: Pública
		24/04/19 Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA

NIT 8900731774

MES: Abril

NUMERO DE CONTRATO: 76015782029

AÑO 2020

MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA

SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

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

Regional: VALLE

Centro Zonal: BUENAVENTURA

Municipio: BUENAVENTURA

Hoja de

Nombre Agente Educativo (a): Ana luisa Marquez

CC 66736608

Código CUENTAME UDS: 761090008/483

Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención

Dirección: A 34 # 89-58 campiña

Teléfono UDS: 3154567370

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No.	TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		
							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	FECHA DE RETIRO
01		1115466269	Maria	Fernanda	Duque	Escobar	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R E	A	A	A	A		19		
02		1150954897	Sara		Castillo	Morales	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F L	A	A	A	A		19		
03		1115466693	Heisel	Salome	Quintero	Viveros	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
04		1232818744	Alice	Jhoana	Lozano	Gil	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
05		1085818960	Mariana		Paz	Castro	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
06		1150955557	Aylen	Andrea	Castañeda	Moreno	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
07		1069775030	Danna	Alejandra	Villalba	Herrera	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	N	A	A	A	A		19		
08		1150955086	EManuel		Montoya	Garcia	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
09		1109578007	Ilan	Daniel	Lopez	acevedo	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
10		1120072431	Emanuel		Ceballos	Lopez	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D A	A	A	A	A		19		
11		1113375938	Angel	Isaid	Garces	Diaz	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G O	A	A	A	A		19		
12		1150956036	Angel	David	Salazar	Arias	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G I	A	A	A	A		19		
13		1235146980	Ethan	Alejandro	Salamanca	Parra	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C A	A	A	A	A		19		
																																	TOTAL			

Verificación de Cobertura	[illegible]	13	Luz Em R
			Ana Luisa Marquez Quiñonez

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

[illegible]

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F1.MO16.PP	26/09/2019
Versión 1	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACODSA
NIT: 800423177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76000862025
MES: Abril
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: T.C — COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: T.C — HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Mery yulieth mosquera
CC 1111812232
Código CUENTAME UDS: 761090084170
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Caperucita roja
Dirección UDS: Cr 68 calle 5-36 fortaleza
Teléfono UDS: 3233376780

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

N°	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	[illegible]
1	RC	1111929209	Rusbelh	Daniel	Riascos	Mosquera	2	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
2	RC	1113375680	Estefania		Montaño	Castillo	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ef	A	A	A	A		19		
3	RC	1115466796	Noah	Jose	Medina	Escobar	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	le	A	A	A	A		19		
4	RC	1150955268	Kelvin	Mathias	Angulo	legarda	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	x	A	A	A	A		19		
5	RC	1191226462	Yostin	Jhobao	Riascos	Rosendo	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	io	A	A	A	A		19		
6	RC	1232834507	Angely		Herrera	Canga	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	n	A	A	A	A		19		
7	RC	1235146445	Yoselin		Torres	Panameño	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	pe	A	A	A	A		19		
8	RC	1235247320	Jeicob	Samír	Gonzalez	Moreno	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	d	A	A	A	A		19		
9	RC	28329146-4	Dulce	Reliadní	Gamboa	Viveros	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ag	A	A	A	A		19		
10	RC	28373539-7	Jack	David	Alexis	Gonzalez	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	og	A	A	A	A		19		
11	RC	1115466431	Dulce	Maria	Aramburo	Serna.	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	i	A	A	A	A		19		
12																												ca								
13																																				

TOTAL 19

Verificación de Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 2 MESES ASISTENTES
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 2 MESES ASISTENTES 11.
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

COORDINADOR(A)

Mery yulieth mosquera R.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023127-4
NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2025
MES: Abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Ana Mirella Angulo CC 38473996
Código CUENTAME UDS: 761090010236 7
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Arcoiris
Dirección: Calle 3 Cra 83 Barrio los palmas
Teléfono UDS: 3175069449

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA		NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS																									TOTAL MENSUAL		
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC.	NÚMERO 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	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235145652	Sherasay		Garces	Espinosa	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Re	A	A	A	A		19		
02	RC	1235146405	Jesus	Javier	Murillo	Perea	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	f	A	A	A	A		19		
03	RC	1117926791	Daifer		Diaz	Zamora	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	le	A	A	A	A		19		
04	RC	1235145577	Deimar	Stiven	Cuero	Bioscos	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	xi	A	A	A	A		19		
05	RC	1235145805	Ander		Sanchez	Gamboa	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	on	A	A	A	A		19		
06	RC	1109575144	Emanuel		Lizalda	Angulo	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
07	RC	1113548163	itany	Yareli	Guerrero	Diaz	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ed	A	A	A	A		19		
08	RC	1113324914	Derlin	Celeste	Cortes	Amú	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ag	A	A	A	A		19		
09	RC	1235145583	Jhon	Charly	Moreno	Celorio	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	og	A	A	A	A		19		
10	RC	1235141695	Thiago	Nicolas	Gamboa	Aragon	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ic	A	A	A	A		19		
11	RC	1232834188	Josafat	Elias	quiñones	Torres	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	o	A	A	A	A		19		
12																																				
13																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

PROCESO PP
Versión 6
Clasificación de la información
PÚBLICA

20/4 2018
Página 1 de 1

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 900023771-5
NÚMERO DE CONTRATO: 7601616 325
MES: Abril
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio BUENAVENTURA
Día __ de __
Nombre Agente Educativo (a): Luz aidee Perea CC 66941480
Código CUENTAME UDS: 761090008I640
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Divino niño
Dirección: Barrio Vista hermosa
Teléfono UDS: 3234751038

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	SEMANA PRIMERA 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	1119288888	Kiara	Loriana	Pretel	Ramirez	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexion Pedagogica	A	A	A	A		19		
02	RC	1191228096	Jaden	Samir	Riaz	Caicedo	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1235145228	Lizbeth		Perea	Lopez	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1113375128	anny	Gabriela	Cobo	Bonilla	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1235147090	Jhoan	emir	Cuero	Palacios	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1150956272	isaac		Sanchez	Gongora	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1235145462	angela	Maria	Borja	Mosquera	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1119286140	ian	Gael	Riascos	Palacios	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
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: 8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

Luz Em R
COORDINADOR(A)

Luz aidee 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 POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012.

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO1.PP 29/ 1018
Versión 5
Página 1 de 1
Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: [illegible]
NUMERO DE CONTRATO: 7601070 020
MES: Abril
AÑO 2020
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Ana delia Gonzales
CC 35805992
Código CUENTAME UDS: 7610900091438
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Manitas traviesas
Dirección: Barrio caldas
Teléfono UDS: 320 661 7372

			INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA						CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					SEMANA TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	Rc	1066848160	Erlin	Esmith	Diaz	Moreno	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexión Pedagogico	A	A	A	A		19		
02	Rc	1077176844	Emma		Gamboa	Moreno	5	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	Rc	1111925761	Alan	Joel	Palacios	Salcedo	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	Rc	1111926896	Danna	Celeste	Cortes	Vasquez	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	Rc	1115466609	Cristin	Jahanny	hurtado	Nuñez	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	Rc	1291226453	Alayna		Minotta	Gonzalas	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	Rc	1232827463	Eithan	Gael	Gonzales	Sanclemente	2	7						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																																				
																																		TOTAL		

Verificación De Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 18 MESES ASISTENTES:
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 18 MESES ASISTENTES: 7
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

Luz Em R S
COORDINADOR/A EA

Ana delia Gonzales
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

F1.MO12.PP
Versión 3
28/05/2018
Página 1 de 1
Clasificación de la Información:
Pública

Entidad Administradora del Servicio: ______
NIT: ______
Mes: ABril
Modalidad de Atención: ______
Servicio de Atención: ______
Número de Contrato: ______
Año 2026
Identificación
Regional: Colombia
Nombre Agente Educativo: Luz Nelly S.
Código Cuéntame UDS: 7610900082328
Dirección UDS: ______
Centro Zonal: Valle
CC: 66935894
Nombre de la Unidad de Servicio: Enanitos verdes
Municipio: Buenaventura
Teléfono UDS: 306 6035608
Hoja __ de __

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	Tipo Doc	Número Documento	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad Años	Edad Meses	Primera 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	Total Semanal	[illegible]	Causa de Retiro
01	RC	1150956257	Joel	Esteban	Paz	OBando	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1094983330	Dahiam	Milena	Herrera	valencia	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	RC	1144002538	Ingrid	Shavlot	Angulo	Riasco	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	RC	1150955726	Emiliano		Galvis	Garcia	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19		
05	RC	1135145618	Yeremin	Javier	Valencia	Riasco	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
06	RC	1111930109	Carlos	Andres	Garces	Delgado	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
07	RC	1113375972	Breiner	Jose	Angulo	Zamora	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
08	RC	1235745310	Sharool	Makency	IBarguen	Medina	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
																													N								

TOTAL

Verificación de Cobertura: 8

Luz Em
COORDINADOR/A EA

Luz Nelly sanchez Hinestrosa
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F1.MO12.PP | [illegible]
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOSA
NIT. 860023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76008852025
MES: Abril
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: B/tura BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo(a): Stella estrada
CC 66734097
Código CUENTAME UDS: 76109000082337
Dirección UDS:
Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: Pintasueño
Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1111927139	Alan	danilo	rodallega	mondragon	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02		1111926715	Aileen	Isabella	bonilla	viascos	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	c	A	A	A	A		19		
03		1235746072	Miguel	Angel	Poste	castro	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	f	A	A	A	A		19		
04		1150956352	Carlos	damian	cuevo	carcedo	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	l	A	A	A	A		19		
05		1150956635	Eithan	santiago	belalcazar	vergara	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A	A		19		
06		1150955782	Jhoan	Sebastian	gavria	Acevedo	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
07		1150957003	samuel	stefano	medina	olave	4	4						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																																				
																																		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)/LÍDER

Stella estrada
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/05/2018
Versión 6 | Página 1 de 1
Clasificación de la información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: Buenaventura VALLE Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Darlin Viveros CC 1148443699
Código CUENTAME UDS: ______ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Lucesita
Dirección 28 / Villa linda Teléfono UDS: 3145648328

	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1141926145	Abner		Cabezón	Conquista	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
02	RC	1111923086	Angel	David	Gonzales	Torres	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1235146359	Angel	Jadiel	Renteria	Campozano	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	11114249835	Daviana		Rodriguez	Gonzales	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1235147038	Jhon	Edwar	Minota	Suares	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1235146895	Keidy	Lucía	Sinisterra	Castro	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	11115466312	Teilor	Alexander	Diaz	Ruiz	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1235147135	Visney	Andres	Renteria	Riascos	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09																										/	A									
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: 8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: ______

COORDINADOR(A) EA

Darlin T. Viveros 2
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F1.MO13.PP
Versión 1
28/4/2019
Página 1 de 1
Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 8000231774
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: Abril
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: B/ventura VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: B/ventura BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo(a): Indira Ortiz CC 38 974 970
Código CUENTAME UDS: 761 090 00 847 93
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Dirección Tranv 77 Calle 3a
Teléfono UDS: 315 446 5523

INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	1'235.747.764	Joshua	Ivan	Montaño	Medina	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RE	A	A	A	A		19		
02	RC	1'113.375.667	Keiler	Daniel	Muñoz	García	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	FL	A	A	A	A		19		
03	RC	1'115.467.192	Deisy		Quiñones	Arenas	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	EX	A	A	A	A		19		
04	RC	1'150.955.627	Milan	Yael	Ramos	Riascos	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	IO	A	A	A	A		19		
05	RC	1'150.956.759	Emmanuel	Kaleth	Reina	Riascos	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	NP	A	A	A	A		19		
06	RC	1'235.746.522	Zaori	Celeste	Viveros	Angulo	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ED	A	A	A	A		19		
07	RC	1'235.746.576	Dilan	Alexander	Guaipo	Ruiz	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	AG	A	A	A	A		19		
08	RC	1'235.746.944	Joel	Stiven	Playonero	Cuero	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	OG	A	A	A	A		19		
09																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
																																		TOTAL	[illegible]	

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)

Yndira Gisela Ortiz A
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F5.MO12.PP Versión 4
		29/05/2018 Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: Abril
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: A CB COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: tiempo completo HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: Buenaventura VALLE Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio: ______ BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Amalia Caicedo CC 29229748
Código CUENTAME UDS: ______ Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Enmanuel
Dirección B/ Nueva Granada Teléfono UDS: 3163981388

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS – PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	1109576107	German	Alexander	Nonet	Llano	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F e	A	A	A	A		19		
02	RC	1109576108	Gemenis		Nonet	Llano	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
03	RC	1236148782	Weslye	Farid	Arboleda	Mina	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	6	A	A	A	A		19		
04	RC	1119728782	Eli	Kataleya	Sinisterra	Valencia	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	x 1	A	A	A	A		19		
05	RC	1119729206	Eimi	Zoe	Carabali	Valdes	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C &	A	A	A	A		19		
06	RC	1136140770	Genesis	Danielo	Candelo	Riascos	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A		19		
07	RC	1111929422	Brithey	Jireth	Riascos	Hernandez	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E D	A	A	A	A		19		
08	RC	2803008900	Fabio	Andres	Rodriguez	Angulo	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09	RC	1135147390	Milagro		Candelo	Riascos	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Q o	A	A	A	A		19		
10																												P								
11																												4 C								
12																												P								
13																																				
																																	TOTAL			

Verificación De Cobertura	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 6 MESES ASISTENTES		
	TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 6 MESES ASISTENTES	9	Luz Em R. — COORDINADOR(A) EAS/EA
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES		Amalia Caicedo — RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP — 20/5/2018 Versión 5 — Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal ___ BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Youanis Zamora cc 38472114
Código CUENTAME UDS: 76000882025
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención El Milagro
Dirección Cr79 C114
Telefono UDS: 3118960574

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	Rc	112554566	Jhoel	Stevan	Zamoro	Fernandez	2	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Jor	A	A	A	A		19		
02	Rc	1115467688	Zuleidy		Cuero	Valdes	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	na	A	A	A	A		19		
03	Rc	115095527	Brooklyn		Angulo	Valencia	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	da p	A	A	A	A		19		
04	Rc	12355146239	Emily	Ferdando	Aguirre	Murillo	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	eda	A	A	A	A		19		
05	Rc	1235147625	Ashley	Jireth	Angulo	Ortiz	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	go	A	A	A	A		19		
06	Rc	1235147434	Sara	Yrsel	Paz	Mina	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	gi	A	A	A	A		19		
07	Rc	1111928646	Maria	Paula	Valencia	Torres	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	c	A	A	A	A		19		
08	Rc	1196716203	Jeimar	Josue.	Paz	Mina	4	10						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																																				
																																	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 Ein A S
COORDINADOR(A) EA

Youanis Zamora A.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

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 REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F4.MO12.PP | 22/05/2018
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 890324117-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76000602025
MES: Abril
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Lucy panchano
CC. 66747972
Código CUENTAME UDS: 761090008/474
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Dirección UDS: Calle 1ª Carrera 77
Teléfono UDS: 312 8193416

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

SEMANAS

			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS
1	RC	117171388	Luz	Maria	Suarez	Salazar	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Re	A	A	A	A		19
2	RC	1115467739	Ana	Lucia	Rodallega	Tovar	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	fl	A	A	A	A		19
3	RC	1150955324	Karen	Milcixi	Paramecho	Achito	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ex	A	A	A	A		19
4	RC	1115467991	Elizabeth	Sofia	Rodriguez	Vanin	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	i	A	A	A	A		19
5	RC	1235148076	Amara		Perlaza	Mosquera	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	on	A	A	A	A		19
6	RC	1235145861	Mateo		Ocampo	Estupiñan	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	p	A	A	A	A		19
7	RC	1111927949	Kilan	Josue	Ramirez	Riasco	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ed	A	A	A	A		19
8	RC	1235145694	Jainer	Alejandro	Rodriguez	Renteria	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ag	A	A	A	A		19
9	RC	1235147208	Samuel		Moreno	Bolaños	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	og	A	A	A	A		19
10	RC	1115466879	Zaid	Adrian	Cordoba	Riasco	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ic	A	A	A	A		19
11	RC	1235145861	Hanny	Sofia	Arboleda	Hernandez	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	a	A	A	A	A		19
12																																		
13																																		
																																	TOTAL	

Verificación de Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS, MENORES E USUARIOS ASISTENTES: 11
[illegible]
[illegible]

COORDINADOR(A)

Lucy Panchano
[illegible]

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F4.MO12.PP	29/6/2018
		Versión 6	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja 761090008183 31 de
Nombre Agente Educativo (s): Marisol Urbano cc 31 603 421
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Lo casito
Dirección
Teléfono UDS: 312 697 7177

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS — PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	1150956 026	Anny	Zoe	Hurtado	Garcia	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	DE	A	A	A	A		19		
02	RC	11546 7633	Drake	Yulian	Riascos	Mina	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
03	RC	123514 6285	Mia	Luciana	Campaz	Montaño	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
04	RC	123514 6985	Jhon	Janer	Viveros	Gomez	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
05	RC	123514 7079	Mariangel		Anchico	Campaz	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
06	RC	1150956 285	Diana	Katheleya	Suarez	Mosquera	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
07	RC	11546 7417	Diana	Elizabeth	Gaviria	Hurtado	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
08	RC	1133375 882	Emmanuel	Elias	Gaviria	Hurtado	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
09	RC	11967 16407	Luis	Elián	Campaz	Mosquera	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
10	RC	123514 6165	Harry	Smith	Gomez	Rodriguez	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
11																																				
12																																				
13																																				

TOTAL 19

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:

Luz Em R
COORDINADOR(A) EA

Marisol Urbano S.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F1.MO12.PP | 25/05/2018
Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76000852025
MES: Abril
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Nombre Agente Educativo (s): CaRmen Reyes
Código CUENTAME UDS: 761090008175 5
Dirección UDS: Kra 82 b Poste 48 el Ruiz
Centro Zonal BUENAVENTURA
CC
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Palomitas
Teléfono UDS: 3167713058

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	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		1235145400	Anthony	Jose	Obando	Duran	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
02		1111927877	Jesus	David	Valencia	Murillo	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03		1196716471	Jesus	Andres	Valencia	Aramburo	4	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04		1150955586	Iveth	Samira	Cuero	Montaño	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05		1150955669	Jesus	David	Suarez	Morales	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06		1235146876	Brayan	Josue	Obando	Duran	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07		1235147383	Hany	Camila	Carvajal	Martinez	2	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08		1235147546	Maria	Angel	Riascos	Arrechea	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
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: 8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A) EA

CaRmen Melania Reyes
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

F4.MO12.PP	29/05/2018
Versión 6	Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Leidy Torres H. CC 1111765490
Código CUENTAME UDS: 761090009 1564
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Manitos inquietas
Dirección Vía S/N poste 17-3 las palmas
Teléfono UDS: 3215929854

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1196716446	Flor	Maria	Renteria	Camacho	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1235146492	Mia	Salome	Payan	Valencia	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ef	A	A	A	A		19		
03	RC	1235147850	Kendall	Jassiel	Agudelo	Mina	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	lex	A	A	A	A		19		
04	RC	1150954706	Alison	Andrea	Navarro	Mercado	4	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ión	A	A	A	A		19		
05	RC	1235147563	Breilin	Liceth	Murillo	Garces	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	p	A	A	A	A		19		
06	RC	1235146083	Britny	Zoe	Huilas	Caicedo	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ed	A	A	A	A		19		
07	RC	1235147475	Luis	Yael	Garcia	Gamboa	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ag	A	A	A	A		19		
08	RC	1235146187	Lesli	paola	Orobio	Castillo	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	óg	A	A	A	A		19		
09	RC	1111928131	Gael	Steileer	Boya	Garcia	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ica	A	A	A	A		19		
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

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 REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F4.MO12.PP | 29/5/2019
Versión 9 | Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
MES: Abril
NUMERO DE CONTRATO: 76016762020
AÑO 2020
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 D
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Yurany Cuaran CC 1144032489
Código CUENTAME UDS: 7610900091573
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Dirección: Drag 5ª #99-58 La Campiña
Teléfono UDS: 3107246430

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1235147323	Jianna		Candury	Pelaez	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RE	A	A	A	A		19		
02	RC	1235147237	Zoe	Saray	Cuartas	Hincapie	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	FL	A	A	A	A		19		
03	RC	1150956456	Genesis	Daylenee	Cordoba	Buenaventura	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
04	RC	1235095172	Herlinda	Sofia	Bravo	Valencia	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
05	RC	1235145732	Mia	Sharlottee	Candury	Pelaez	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
06	RC	1113375031	Xena	Angelica	Monsalve	Leal	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
07	RC	7710981	Mariana	Isabella	Zapata	Roque.	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
08	RC	1113376055	Dereck	Steyler	Beltran	Montaño	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	PE	A	A	A	A		19		
09	RC	1235146939	Gael	Aliel	Jaramillo	Nieves	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	DA	A	A	A	A		19		
10	RC	8191644	Wilemi	Anthuan	Gonzalez	Mavarez	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	GO	A	A	A	A		19		
11	RC	1119377192	YeiCo	Andres	Argote	Garcia	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	GI	A	A	A	A		19		
12	RC	1113375215	Kyliam	Yael	Garcez	Diaz	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
13	RC	1235145337	Dylan	Andres	Loaiza	Zapata	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
																																	TOTAL			

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

Yurany A. Cuaran.

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	23/5/2018
		Versión 8	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
MES: abril
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Danny Jlbana arboleda CC 35806144
Código CUENTAME UDS: 7610900091433
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: el milagro
Dirección: CL 5SUR 73 B 257 INT
Teléfono UDS: 3218479174

	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1079103392	danny	antonela	arboleda	caicedo	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	REFLEXION PEDAGOGICA	A	A	A	A		19		
02	RC	1235145588	danna	luz	nuñes	banquera	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1078694448	darlin	Jani	cuellar	Pedrosa	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1078695175	bairon	Jlonjaider	murillo	Pedrosa	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1078694677	eris	fabian	murillo	Pedrosa	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1235147631	alana	maria	Prado	caicedo	1	4						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

Danny Jlbana arboleda caicedo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018	
	Versión 5	Página 1 de 1	
	Clasificación de la información: Pública		

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES:
AÑO 2028
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio: 1 BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Luz Nelly C. CC 1192910885
Código CUENTAME UDS: 761090005 7630 Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los pitufos
Dirección Villa Linda Teléfono UDS: 323 6763937

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										TOTAL MENSUAL		
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																												CAUSA DE RETIRO
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01		1111927101	YEINER	ANDRES	CAICEDO	GARCES	3	11	—					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
02		1111929003	SHARON	YCIEL	BONILLA	CANGA	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
03		1111929311	HEYDY	SAMANTHA	CAICEDO	GARCES	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
04		1144003433	LAURA	SOFIA	TORRES	VALENCIA	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
05		1150955701	MARIA	DEL CARMEN	MOSQUERA	MINA	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
06		1191227051	IAN	DAVID	GRANJA	RODALLEGA	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
07		1235145388	SHEIRI	ALEXANDRA	CAICEDO	GAMBOA	4	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
08		1235147193	KAILYN	SAMANTHA	ARANGO	GARCES	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
09		1235147835	LIAM	JOSUE	BONILLA	CAICEDO	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
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:
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

Luz Eri
COORDINADOR(A) EA

Luz Nelly Renteria
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP
		29/05/2018
		Versión 5
		Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo MONICA PATRICIA MINA
CC
Código CUENTAME UDS: 7.610.900.081.835
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LOS ANGELITOS DE MONI
Dirección BARRIO CRISTAL
Teléfono UDS: 3236388270

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

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	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	1109939955	JUAN	DAVID	RIASCOS	CAICEDO	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
02	RC	1111929092	JEISON	STIWAR	MONTAÑO	QUIÑONES	2	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
03	RC	1111931046	EINER	JHAMPOLL	FLOREZ	ARARAT	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
04	RC	1113375948	MIA	ALEXANDRA	POTES	CARDENAS	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
05	RC	1113376358	ZOE	AILANY	PANDALES	RODRIGUEZ	1	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
06	RC	1115466546	ALDAIR		HENAO	ROMERO	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
07	RC	1115467152	EIDRYAM	JOSUE	CUERO	VALENCIA	4	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
08	RC	1115468063	RONAL	JOSUE	CAICEDO	GARCES	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
09	RC	1125254026	EDWIN	JHAMPIER	FLOREZ	ARARAT	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
10	RC	1144005181	MARIA	DEL MAR	OLIVELLA	ESTUPIÑAN	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
11	RC	1235145892	BRITHANNY	NAOMY	MORENO	CUERO	4	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
12	SD	316B5175F4D645	ALESSIA	JENAIAH	PERLAZA	AGUIRRE	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
13	SD	6D3E31BF9AB14	MARIA	DOLLY CATALEYA	JARAMILLO	VALENCIA	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
																																	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) EA

Monica P. mina.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
29/5/2018
Versión 5
Página 1 de 1
Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: Abril
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: tradicional COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): yaneth carvajal CC 66940955
Código CUENTAME UDS: 7610900084777
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención
Dirección Dona cesi Cl 10-c/55
Teléfono UDS: 3183187163.

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA SEMANAS																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	R.C	1113379312	Genesis	Ailano	Ramirez	Fuentes	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	R	A	A	A	A				
02	R.C	1150956248	Diego	Luis	Benitez	ojedo	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	G	A	A	A	A				
03	R.C	1111928089	Heidi	Mariano	valencia	urbano	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	F	A	A	A	A				
04	R.C	1150956494	Asnny	Xaomy	Aragon	segura	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	l	A	A	A	A				
05	R.C	1111930396	Neythan	yael	suarez	quintero	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	G	A	A	A	A				
06	R.C	1111930533	Mathias		Zapata	Acevedo	1	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	X	A	A	A	A				
07	R.C	1150956062	Adrian	Stiven	Aragon	Alvares	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	/	A	A	A	A				
08	R.C	1154167426	Adely	chanell	valencia	carvajal	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	O	A	A	A	A				
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:
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

COORDINADOR(A)

Yaneth carvajal Valencia
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F8.MO12.PP Versión 5
		29/5/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 8000231774
NÚMERO DE CONTRATO: 7691575292
MES: Abril
AÑO 2018
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Flor maria perea
CC 31600094
Código CUENTAME UDS: 76199P0084769
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los 3 conejitos
Dirección: Barrio camilo torres
Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1196716587	ANGEL	David	Granja	ordoñez	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Re	A	A	A	A		19		
02	RC	1111927379	DEINER	Yamiro	gomez	castillo	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	fle	A	A	A	A		19		
03	RC	1113375197	Genesis	MARIAN	panameño	Morcillo	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	xió	A	A	A	A		19		
04	RC	1113375038	Jaime	Mateo	NUÑEZ	caicedo	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	npe	A	A	A	A		19		
05	RC	1111926376	Jesus	David	solis	Grueso	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	da	A	A	A	A		19		
06	RC	1111929591	Keyla	TAMARA	solis	Grueso	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	go	A	A	A	A		19		
07	RC	1116084619	MAIARA		Moreno	ARIAS	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	gi	A	A	A	A		19		
08	RC	1111928919	MARIA	Alejandra	angulo	Ante	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ca	A	A	A	A		19		
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:	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:	

COORDINADOR(A) EA

Flor maria perea
RESPONSABLE DE GRUPO

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA 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

F4.MO12.PP | 28/05/2018
Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 800023177-1
NÚMERO DE CONTRATO: 76000842025
MES: abril
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Nombre Agente Educativo (s): Fanery Jory
Código CUENTAME UDS: 560900497
Dirección UDS: Calle 13 #162-80
Centro Zonal: BUENAVENTURA
CC 1111802308
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: mickey
Teléfono UDS: 3160101662
Hoja ___ de ___

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	T/D 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					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
1		110380745	Keilany	yael	Cuero	Riasco	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
2		1111926907	Dailyn	adriana	Ruiz	Gurumende	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E T	A	A	A	A		19		
3		1111927954	eilyn	Dayana	alomia	Renteria	1	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
4		1111928626	Brianna	Isabella	Campaz	mina	2	12						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E X	A	A	A	A		19		
5		1232829316	Angel	jeronimo	Posso	Jory	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
6		111376185	clara	milagros	Riasco	tamirez	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O N	A	A	A	A		19		
7		1111929528	ahdara	Sofia	ortiz	angulo	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P E	A	A	A	A		19		
8		1196716532	liam	Samuel	hinestroza	rosas	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D A	A	A	A	A		19		
9		1111928459	Jhossuar	Steven	Cossio	bonilla	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G S	A	A	A	A		19		
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A)

Fanery Jory 0
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 28/9/2018
Versión 5 | Página 1 de 1
Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
MES: Abril
NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo(a): Katherin Añas CC 1151442860
Código CUENTAME UDS: 76109000084807
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Pequeña Gigantes
Dirección: Cl 15 cr 61 #15-21 6 de enero
Teléfono UDS: 3188129440

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA - SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		
			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	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1111926970	Jhostin	Andres	Angulo	Banguera	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RE	A	A	A	A		19		
02	RC	1150955367	Emily	Samantha	Angulo	Sinisterra	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	FL	A	A	A	A		19		
03	RC	1235145924	Mia	Antonela	Sinistera	Palacios	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
04	RC	1150956760	Aliz	salome	Bellaizac	Boya	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	XI	A	A	A	A		19		
05	RC	1235144646	Miguel	Angel	Romero	Landazury	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ON	A	A	A	A		19		
06	RC	1150956681	Jhoan	Sebastian	Riascos	Diaz	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	PE	A	A	A	A		19		
07	RC	1235147385	Angel	Davi	Romero	landazury	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A		19		
08	RC	1113705890	Jhon	Maiker	Romero	Torres	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
09	RC	1113375720	Dayni	Kailany	Guerrero	Arias	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	GO	A	A	A	A		19		
10	RC	111930417	Darian	Yesid	Riascos	Baltan	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	GI	A	A	A	A		19		
11	RC	1111930502	Iker	Andres	Riascos	Guerrero	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	CA	A	A	A	A		19		
12																																				
13																																				
																																		TOTAL 19		

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) EA

Katherin Jhoana Añas R.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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP Versión 6
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	28/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 900023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752925
MES: abril
AÑO 2020
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Maria Luisa
CC 66736509
Código CUENTAME UDS: 76900081845
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Mis Tortuguitas
Dirección B. Lleras
Teléfono UDS: 3182109344

INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA		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		1235147086	Laura	Magdeleine	Bravo	caicedo	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Proyecto pedagógico	A	A	A	A		19		
02		1115467191	keilly	Sarai	valencia	Valencia	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03		1113375421	Dilan	Felipe	Hurtado	torres	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04		1113375337	Jesus	Daniel	victoria	Vernaza	4	-						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05		1111922510	Kim	Alnara	Vivas	Renteria	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06		1235147085	Daniel	Santiago	Bravo	caicedo	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07		1113375251	Sarah	sophia	Herrera	Murcia	3	10						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																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

Maria Luisa Bevelo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F8.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 6	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

Hoja ___ de ___

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Nanay Castro C. cc 66734604
Código CUENTAME UDS: 76109000077893
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Las Orquideas
Dirección Cra 61 No14a27 B/doce de enero
Teléfono UDS: 3162923317

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD		SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
							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	1150956204	Alix	Gabriela	Vanegas	Balanta	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R E	A	A	A	A		19		
02	RC	1150955806	Ammy	Salomé	Arce	Garcia	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
03	RC	1111926125	Angel	David	Escobar	Rengifo	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L E	A	A	A	A		19		
04	RC	1111929825	Ethan	Yael	Arrechea	Hurtado	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X I	A	A	A	A		19		
05	RC	1150956448	Izel	Joelys	Garcia	Panameño	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
06	RC	1111929827	Jhan	Dariel	Arrechea	Hurtado	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
07	RC	1086058520	Laicy	Yoerly	Angulo	Venté	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P E	A	A	A	A		19		
08	RC	1232830751	Liam	Santiago	Valencia	Truque	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D A	A	A	A	A		19		
09	RC	1113378036	Lucas	Zahir	Vivas	Banguera	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G O	A	A	A	A		19		
10	RC	1196716329	Santiago	Matías	Prado	Zacarias	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G I	A	A	A	A		19		
11	RC	1150956340	Yarris	Zohemy	Vergara	Reina	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C A	A	A	A	A		19		
12																																				
13																																				
																																	TOTAL	19		

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

Luz Ema R
COORDINADOR(A) EA

Nanay Castro Castillo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F4.MO12.PP | [illegible]
Versión 8 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 800023177-4
MES: abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB
NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2020

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Nombre Agente Educativo (a): dennyfer Angulo
Código CUENTAME UDS: 7670908097565
Dirección: [illegible]
Centro Zonal BUENAVENTURA
CC 1111544164
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los Bultaditos
Teléfono UDS: 3158532087

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS
01	RC	1061117501	Jhon	Deiby	Mosquera	Montilla	4	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Re	A	A	A	A		19	
02	RC	1111930106	Ayan	yael	Mosquera	montilla	1	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	f	A	A	A	A		19	
03	RC	1150955087	Luz	Celeste	Velez	Villada	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	le	A	A	A	A		19	
04	RC	1150950095	Miguel	angel	Velez	hinestroza	4	250						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	xi	A	A	A	A		19	
05	RC	1150956800	Ethan	manuelle	angulo	Palacios	7	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	on	A	A	A	A		79	
06	RC	1111930514	Ian	gael	osorio	Velasco	1	70						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	pe	A	A	A	A		19	
07	RC	1111924181	Alan	Jair	hurtado	Bonilla	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	d	A	A	A	A		79	
08	RC	1150956713	Liam	Daniel	Mosquera	Riascos	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ag	A	A	A	A		19	
09	RC	1110380857	Antonella		Palacios	tayla	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	og	A	A	A	A		19	
10	RC	1150956894	Daniel	Steven	Saucedo	O coro	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ic	A	A	A	A		19	
11	RC	1235146123	Jeniffer	elianys	guerrero	arboleda	4	90						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		79	
12																																			
13																																			

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 EAS

dennyfer Angulo Hurtado
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

F4.MO12.PP	5/29/2018
Versión 6	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 78015732025
MES:
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Nilsa Asprilla CC 31587089
Código CUENTAME UDS: 76109000084767
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los cariñositos
Dirección
Teléfono UDS: 3178105373

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

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	SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01		1079360896	Adriana		Perea	Morante	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexion pedagogica	A	A	A	A		19		
2		1150956798	Zareth		Hurtado	Mosquera.	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
3		1150954890	Isman	Joel	carabali	Angulo	4	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
		1150955066	Lía	victorio	Arboleda	Murillo	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
		1232820796	Yadiel		Lemos	Moreno	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
		1111928639	Jean	sebastian	Sanchez	Guerrero	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
		1150956280	Kailin	Janeth	Cabezas	Estacio	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
		1115466709	Jhostin	Andres	Rivas	Guzman	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19.		
10																																				
11																																				
12																																				

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:

Luz Ana A.
COORDINADOR/A

Nilsa Asprilla
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/5/2018
Versión 8 | Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Maristella Angulo CC 29229428
Código CUENTAME UDS: 761090008179S
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Placentero
Dirección Calle 17 Alfonso Lopez
Teléfono UDS: 3106641534

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — TOTAL MENSUAL

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01	RC	1111929760	Janner	Stiven	Balanta	Sanchez	1	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
02	RC	1111929345	Eipryl	Nahomy	Castro	Caicedo	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19		
03	RC	1111929856	Amber	Ariadna	Landa	Mina	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
04	RC	1115467761	Ayleen	Luciana	Tenorio	Hinestroza	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
05	RC	1150956389	Jared	Joel	Banguera	Valencia	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
06	RC	1111706604	Erick	Tomás	Portocarrero		1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
07	RC	1107541078	Aitana	Isabella	Castro	Correa	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
08	RC	1113376204	Thiago	Emmanuel	Portocarrero	Cuéllar	1	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
09																												O								
10																												N								
11																												P								
12																												C								
13																												A								

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

COORDINADOR(A) EA

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 REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 6	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: Abril
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo Mary Luz Candelo Palomino
CC 38471528
Código CUENTAME UDS: 7.610.900.084.814
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los pajaritos
Dirección:
Teléfono UDS: 3105227609

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA							EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				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	1150956551	Martin	Alejandro	Guerrero	Montaño	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RD	A	A	A	A		19		
02	Rc	1111926737	Yimar	Adrian	Vergara	Cajiao	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RD	A	A	A	A		19		
03	Rc	1232834258	Aran	Joseph	Castillo	Mendoza	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RD	A	A	A	A		19		
04	Rc	1111925856	Ashley	Nairoby	Estupiñan	Mosquera	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RD	A	A	A	A		19		
05	Rc	1115468122	Taylor	Fernando	Caicedo	Castro	1	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RD	A	A	A	A		19		
06	Rc	1062343721	Angel	Emmanuel	Ruiz	Gonzalez	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RD	A	A	A	A		19		
07	Rc	1116288493	Jhonny	Fernando	Sanchez	Gutierres	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RD	A	A	A	A		19		
08	Rc	1078694959	Karla	July	Moya	Chiripua	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RD	A	A	A	A		19		
09	Rc	1038652598	Carlos	Yair	Moreno	Molina	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RD	A	A	A	A		19		
10																																					
11																																					
12																																					
13																																					
																																		TOTAL→			

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

COORDINADOR(A) EA

Mary luz candelopalomino
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP / 29/5/2015 Versión 5 / Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Nombre Agente Educativo (a):
Código CUENTAME UDS: 76109000057627
Dirección:

Centro Zonal BUENAVENTURA
CC 1111762008
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Havicosos
Teléfono UDS: 3155127910

	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA				PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RG.	1150956631	Jesus	David	Arias	Angulo	1							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RG.	1109580944	Dulce	maria	Solarte	corrales	1							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	RG.	1109570195	Lia	Isabel	Zapata	corrales	1							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	RG.	1235146977	Janel	Alexandra	Riascos	Riascos	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
05	RG.	1235146456	Mateo		Potes	Valencia	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
06	RG.	1150955190	Elkin	Kalet	Mondragon	Alvares	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
07	RG.	1113395609	Alan	Josue	Aranbolo	Hurtado	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
08	RG.	1235146456	Andi	Fernando	Victoria	Valderrama	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
09	RG.	1111930854	Estelmar	Archavi	murillo	cuero	1							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
10	RG.	6345683307	eithan	Gael	Hinestroza	Hinestroza	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
11	RG.	110485224[illegible]	Ithan	Yael	Hurtado		3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D g	A	A	A	A		19		
12																										6						19		
13																										6 C						19		
																															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) EA

Claudia Patricia Angulo
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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.MO12.PP
Versión 6
26/6/2018
Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
MES: Abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB
NUMERO DE CONTRATO: 76016752026
AÑO 2026

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Olbia hurtado CC 66749014
Código CUENTAME UDS:
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los pinwis
Dirección: Cr 62 a barrio adl enero
Teléfono UDS: 3219592394

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD	
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES
01	RC	1173374948	Yostyn	beymar	viascos	viascos	4	7
02	RC	1113375023	Alaia		avila	martino	4	5
03	RC	1115466344	Biana	camila	sinisteia	gamboa	3	11
04	RC	1111929715	Nolan	naghell	estupiñan	gongaa	1	11
05	RC	1150955791	Salome		diaz	gueverO	3	4
06	RC	1150950227	Dan	braslin	montañO	moren O	2	11
07	RC	1196716453	Jhonier	alberO	montaño	mosquera	3	9
08	RC	1235746814	Juan	diego	mina	renteria	4	2
09	RC	1235746036	Liz	ariadna	diaz	tenori O	4	2
10	RC	60070988	kiliam	alexander	estacio	florez	3	9
11	RC	1150956363	Luisa	michel	garces	cuer O	2	9
12	RC	1150955468	Juan	diegO	torres	segura	3	8
13	MC	500606109	Chaina		rosas	Sinisterra	2	13

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	SEMANAS PRIMERA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SEGUNDA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TERCERA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	CUARTA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	QUINTA LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	n	A	A	A	A		14		
02						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	S	A	A	A	A		14		
03						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	i t	A	A	A	A		14		
04						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	a	A	A	A	A		14		
05						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	i o	A	A	A	A		14		
06						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	n	A	A	A	A		14		
07						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	p	A	A	A	A		14		
08						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e d	A	A	A	A		14		
09						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	a g	A	A	A	A		14		
10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	o g	A	A	A	A		14		
11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	i	A	A	A	A		14		
12						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	c	A	A	A	A		14		
13						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	a	A	A	A	A		14		
																									TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

Olbia maria hurtade
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: 04
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Luz alomia
CC 66741275
Código CUENTAME UDS: 761090008I840
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención losmeloncitos
Dirección
Teléfono UDS: ___

			INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA																																	
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	1111926552	iren	Fernanda	Angulo	Diaz	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
02	RC	1109573192	Mia		Hurtado	Alegria	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A		19		
03	RC	1109373191	Moirin		Hurtado	Alegria	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
04	RC	1115468069	Siany	Dalesa	Angulo	Garces	1	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
05	RC	1115467943	Dulce	Adeline	Villa	Zuñiga	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	+	A	A	A	A		19		
06	RC	1111929830	Darialis		Valencia	mondragon	1	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
07	RC	1115467851	Jorgen	Luis	Riasco	Renteria	2	H						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
08	RC	1115466929	abrahan		Villa	Zuñiga	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C	A	A	A	A		19		
09	RC	1111930463	Jader	Yesi	mosquera	Medina	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	d	A	A	A	A		19		
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: ___
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES: ___

COORDINADOR(A) EA

Luz 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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP	29/05/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
		Clasificación de la información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 800023177-4
MES: ABRIL [illegible] 1
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Aureliana AS CC 35620045
Código CUENTAME UDS: ______
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los traviesos
Dirección ______ Barrio Seis de enero Cr 62-14-40
Teléfono UDS: 315

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	Tipo Doc.	Número Documento	Nombres del usuario / usuaria		Apellidos del usuario / usuaria		Edad		Control diario de asistencia – Semanas: Primera					Segunda					Tercera					Cuarta					Quinta					Total mensual		Causa de retiro
			Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Años	Meses	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	1111926 749	Neiser	Jessid	Castillo	Ruiz	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
02	RC	5333322 10	Raellyn	Alexa	Tobar	Carabaly	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
03	RC	11082613 19	Azul	Adhara	Pinillo	Alegria	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
04	RC	1173396 165	Tizan		Vargas	Angulo	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
05	RC	1232293 5894	Noah	Javiel	Angulo	Rofrio	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
06	RC	1149944 753	Yeremy	Andres	Pinillo	Alegria	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
07	RC.	115093 6378	Ian	Elmir	Abudeb	Rez.	2	8						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																																				
																																	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 Elena R
COORDINADOR(A) EA

Aurelina Asprilla
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 29/05/2018
Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO :__ FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: __ 76015752025
MES: ____________
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: ____________ COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: ____________ HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ____ de ____
Regional: VALLE
Centro Zonal _ BUENAVENTURA
Municipio: ______ BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativ CINTHYA FARJANI BERMUDEZ
CC________ 1111745716
Código CUENTAME UDS: 7.610.900.084,785
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención________ MIBOTEOTO
Dirección ____________ CR 60-11a 66 INDEPENDENCIA
Teléfono UDS: ____ 3187660139

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1061117492	KEILIN	MAKENSY	DELGADO	SUAREZ	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
02	RC	1065555349	DAYLIN		ALEGRIA	PRADO	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E	A	A	A	A		19		
03	RC	1111926874	MAICOL	STIWAR	SANDOVAL	CARMONA	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
04	RC	1111927251	MARCELO		VALENCIA	MICOLTA	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A		19		
05	RC	1111927561	LEYREN	DARIANA	MONTAÑO	HINESTROZA	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
06	RC	1113375592	EITHAN	SMITH	ORTIZ	MONTAÑO	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
07	RC	1150956398	IAN	JAZIEL	GUEVARA	CUERO	2	10						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																																				
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 25/05/2018
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Mildn Cuero CC 1111 819317
Código CUENTAME UDS: 7610 9000 82 342
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Niño Jesus DE PRAGA
Dirección Calle 7C Cra 55A
Teléfono UDS: 318 5000049

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	1111930410	Deiry	Isabella	Vallecilla	Cuero	1	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RP	A	A	A	A		19		
02	RC	1150956616	Emma	Isabella	Camacho	Sinisterro	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RP	A	A	A	A		19		
03	RC	1115468104	Mayker	David	Vallecilla	Rodriguez	1	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RP	A	A	A	A		19		
04	RC	283056910	Maroling	Dayam	Murillo	Caicedo	2	4					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RP	A	A	A	A		19		
05	RC	1110306671	Sharon	Stacy	Espinozo	Riasco	3	9					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RP	A	A	A	A		19		
06	RC	1109198944	Sara	Sofia	Fajardo	Cuero	3	8					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RP	A	A	A	A		19		
07	RC	1191228167	Lesly	Carina	Valencia	Angulo	2	2					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RP	A	A	A	A		19		
08	RC	1113376398	Adhara	Itzel	Pelufo	Vallecilla	1	3					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RP	A	A	A	A		19		
09	RC	1111929739	Yoselin	Samara	Cuero	Valencia	1	9					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	RP	A	A	A	A		19		
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				

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 Ceny A
COORDINADOR(A) EA

Mildy Yelany Cuero Caicedo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 5
		23/05/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Mª JAzmin alomia
CC
Código CUENTAME UOS: 761090005C100
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Traviesos
Dirección La Gloria
Teléfono UOS: 3045445512

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
									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	CAUSA DE RETIRO
01	RC	1064491809	Maximiliano		Angulo	Viveros.	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1144005636	Liam.	David	Ramos	Riascos.	1	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
03	RC	1144005186	Liam	David	Ramos.	sAnchez.	1	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
04	RC	1196716404	Liam	David	payan.	Angulo	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
05	RC	1117066151	Jóse	Daniel.	hurtado	Nuñez	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A				R		A				19		
06	RC.	111926791	Juan.	Sebastian	Diaz.	Riascos	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
07	RC	1235146124	Alex	Emanuel	Riascos	Perea.	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
08	RC	1115466643	Yeiny		Hurtado	Cabezon.	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
09	RC	1235145517	Darlin		Rodriguez	Angulo	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
10	RC	111926325	EstiwEr	Josúe	Riascos.	quintero	4	9.						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
11	RC	1235147089.	Heilin	sofia	Garcia.	Salcedo	2	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
12																																				
13																																				

TOTAL 19

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

COORDINADOR(A) EAS

Mª JAzmin alomia ortiz
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: 04
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Jessica C CC 1111742475
Código CUENTAME UDS: 7610900081837
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención LAS ARDILLITAS
Dirección: CRA 21 1C # 21-10
Teléfono UDS: 313 736 2080

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS – PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	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	1115466341	NAILYN	DANISHA	TORRES	MINA	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L	A	A	A	A				
02	RC	1111247805	KEYNER	SAMIR	TORRES	MINA	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	C /	A	A	A	A				
03	RC	1115467385	MAYKER	STIVEN	SOLIS	SINISTERRA	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I C	A	A	A	A				
04	RC	1115467816	Jeicoll	ZAID	CAICEDO	MORENO	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	λ ,	A	A	A	A				
05	RC	1111929685	YASIR	STERLING	TORRES	ESTRADA	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Ó	A	A	A	A				
06	RC	1150956346	KILYAN	ADRIAN	TORRES	ESTRADA	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A				
07	RC	1111927678	KAREN	YULETH	Rodriguez	CAICEDO	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D C	A	A	A	A				
08	RC	1235147331	ELIAN	Josue	VILLA	PEREA	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D D	A	A	A	A				
09	RC	1115468155	Jhoan	andres	caicedo	mondragon	1	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	6 0	A	A	A	A				
10	RC	1111930467	KYLIAN	STIVEN	Hurtado	Solis	1	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	6 / (	A	A	A	A				
11																																				
12																																				
13																																				
TOTAL																																				

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

COORDINADOR(A) EA

Jessica Caicedo m
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	29/5/2018
Versión 6	Página 1 de 1
Clasificación de la Información: Pública	

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
MES: abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB
NUMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2025

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Melvis Fernanda M. CC 1111791719
Código CUENTAME UDS: 761090008180B
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención los Polluelos
Dirección Viento libre
Teléfono UDS: 318 5719079

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		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	1111926707	Danna	maria	perea	castro								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1111927207	jayden	joel	montaño	nuñez								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A	A		19		
03	RC	1255145970	Enmanuel	jose	Perozo	Perozo								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
04	RC	1111125970	Eymi	Johana	grueso	angulo								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ie	A	A	A	A		19		
05	RC	1111927200	Tairon	andres	Pumba	Valencia								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	T	A	A	A	A		19		
06	RC	1111927969	jhonsi	Sliven	Solis	Banguera								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	8	A	A	A	A		19		
07	RC	19275	Milan		aldarete	aldarete								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC																																			
09	RC																																			
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				

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) EA

Melyis Fernanda Morales 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 REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F1.MO13.PP
Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la Información:
Pública

Hoja ___ de ___

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 8300331774
NUMERO DE CONTRATO 76000882535
MES: Abril
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo(a): Yamileth Bag CC 35147506
Código CUENTAME UDS: 71690052864
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: chiquitines
Dirección UDS: corregimiento #8 Aguaclara
Teléfono UDS: 3117657037

TIPO DOC	NUMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA: PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA: PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD: AÑOS	MESES
RC	1107539979	Ashley	Nicol	valencia	micolta	4	6
RC	1235146550	Annie	Sophia	guerrero	valencia	3	5
RC	1191226851	Jhon	wilser	Riascos	guerrero	2	11
RC	1190716151	Maria	zulay	vente	Sinisterra	4	11
RC	1143899650	Britney	Keilany	banguera	valencia	5	1
RC	1232819666	Liam	Andres	valencia	Fernandez	4	1
RC	1235146184	Brensy	zaaira	vargas	rodriguez	3	9
RC	5454535088	Linsy	charlotte	renteria	quijano	3	6

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA – SEMANAS

PRIMER NOMBRE	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
Ashley						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
Annie						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A	A		19		
Jhon						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	c x	A	A	A	A		19		
Maria						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	o	A	A	A	A		19		
Britney						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
Liam						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	a	A	A	A	A		19		
Brensy						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	g	A	A	A	A		19		
Linsy						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	o	A	A	A	A		19		

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 ______

Luz ...
COORDINADOR/A

Yamileth B. B.
RESPONSABLE DE CUIDADO

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 CamScan

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F8.M013.PP | 29/8/2019
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 900621177-4
MES: ABRIL
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

NÚMERO DE CONTRATO: 76016754025
AÑO: 2025

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Flourfe Gongora
Código CUÉNTAME UDS: 761090091 3196
Dirección: Bario el Progreso Mz-9-23
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ____
Código UDS: ____
Hoja ___ de ___

No.	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL NIÑO / NIÑA		APELLIDOS DEL NIÑO / NIÑA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL SEMANAL		
									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			
01	R C	1235147633	Elizabet	Cuero	Conga		1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	t	A		A	A				
02	Rc	1235146294	Juan	David	Renteria	Valencia	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	8	A	A	A	A				
03	R C	1150956268	Ian	Yobany	Renteria	Valencia	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	M	A	A	A	A				
04	R C	1150955176	Braidin	Tatiana	Murillo	Caicedo	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	b	A	A	A	A				
05	Rc	1059993376	Axel	Joel	Banguera	Valencia	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	i	A	A	A	A				
06	Rc	1144215888	Holman	Josue	Baltan	Vivas	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	o	A	A	A	A				
07	Re	1235149366	Bairon	Santiago	Moreno	Angulo	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A				
08	Rc	1059998375	Erick	Andres	Banguera	Valencia	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	c	A	A	A	A				
09	Rc	1111927255	Denzel	Gabriel	Angulo	Diaz	3	4																A	A	A	A	d n	A	A	A	A				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
																																		TOTAL		

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

Luz Gen R
COORDINADOR(A)

Flourje Gongora Salcedo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP · 5/29/2019 Versión 6 · Página 1 de 1 Clasificación de la Información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Rocio Solis CC 29230802
Código CUENTAME UDS: 9000 87897
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención los pequeñines
Dirección Gracias Rio Yagua
Teléfono UDS: 3145879856

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
									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	CAUSA DE RETIRO
01	R. C	1150955156	Gimy	luciana	Valentierra	Valencia	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexion pedagogica	A	A	A	A		19		
02	R. C	1119927897	Valeri	Ivana	OROZCO	Gonzales	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	R. C	1150956135	Genesis	Yire	palacio	Murillo	3	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	R. C	1150955358	carolin		Garcias	Diaz	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	R. C	1235146169	Yostin	Jael	panameño	Rivas	4	0						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	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	R. C	1150954998	Erlin	Celina	Zamora	Ramirez	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	R. C	1235147065	Orlin	Santiago	Barreiro	panameño	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																																				
																																	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 Geny
COORDINADOR(A) EA

Rocio M solis Angulo
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	F6.MO12.PP Versión 6
		5/29/2018 Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT: 900323177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: ABril
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): CC 38469064
Código CUENTAME UDS: 76015752025
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Mellizos.
Dirección 761900057628
Teléfono UDS: 3027157057.

No. de Orden	INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA								CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
	TIPO DOC. R.C	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	R.C	1114015466	Danna	Selena	Montaño	Candelo	3	9					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexion pedagogica	A	A	A	A				
02	R.C	1232835849	Emanuel		Portocarrero	Ramirez	1	4					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A				
03	R.C	1150955177	Halia	Salome	Barato	Palacio	4	5					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A				
04	R.C	1150955733	Jeronimo	Arvey	Estupiñan	Quiñonez	3	5					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A				
05	R.C	1111926075	Juan	Camilo	Vargas	Carvajal	4	6					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A				
06	R.C	1111930868	Juan	David	Salazar	Mina	3	7					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A				
07	R.C	1115466839	Maximiliano		La cruz	Ramos.	4	6					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A				
08	R.C	1111930694	Thiago		Carabali	Hurtado.	1	1					A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A				
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: 8
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES:

Luz Elena R
COORDINADOR/A EA

Sandra G. Estupiñan
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F1.MO12.PP
Versión 1
Página 1 de 1
Clasificación de la información
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: [illegible]177-5
MES: Abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB
NÚMERO DE CONTRATO: [illegible]
AÑO 2024

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: B/tura BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo(a): Yesenia Caicedo cc 29.226.830
Código CUENTAME UDS: 76109000 57870
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención:
Teléfono UDS: 3158568477
Dirección: palmeras jecanzo

						EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
								PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No.	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS
01	RC.	1111928625	Kimberlyn	Michel	oliveros	Panameño	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ReFlexion pedagogicas	A	A	A	A		19	
02	RC	1111927991	Jeisy	Nairoui	Sinisterra	Hinestroza	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19	
03	RC	1111930167	Keimi	catalella	Renteria		1	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19	
04	RC	1111927984	Tiago	Alexander	cuero		3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19	
05	RC	1111925490	Yelcol	Andres	cuero		4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19	
06	RC	11159866634	Eithan	Fabian	Brian	Delgado	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19	
07	RC.	1188651861	Neyron	Ali	Murillo	Arrollo	3	11						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																																			
																																		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 Emi R

Yesenia Caicedo

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

F1.MO12.PP
Versión 1
[illegible]
Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 900023177-4
MES: 4
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB
NÚMERO DE CONTRATO: 76155752025
AÑO 2025

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): francia sinisterra cc 66945408
Código CUENTAME UDS: 7610900057890
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: estrelitas de Jesús
Dirección: Zacarías
Teléfono UDS: 3152994070

			INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA						CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																										TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																												
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01	Rc	1111928621	Nelori	Yaretzi	Viveros	Torres	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	REFLEXION PEDAGOGICA	A	A	A	A				
02	Rc	1115468054	Salome	alaia	Cuesta	Torres	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A				
03	Rc	1111928004	lauren	vivia	ocoro	candelo	2	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A				
04	Rc	1107545939	Eythan	david	Valencia	Viveros	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A				
05	Rc	1235146611	wilmer	stiven	viveros	viveros	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A				
06	Rc	1150954959	Andres	felipe	Garces	Ramos	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A				
07	Rc	1150956158	owen	andres	mondragón	angulo	3	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A				
08	Rc	1235145412	Cerson	andres	Torres	Copete	4	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A				
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	8
	TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES	

Luz Elena R
COORDINADOR(A) EAS

Francia Elena sinisterra
RESPONSABLE DE REGISTRO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

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

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800323177-4
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Ana yenci potes cc 29226639
Código CUENTAME UDS: 761090005 7796
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Pequeñines
Dirección: San Antonio R Uiz mz C13
Teléfono UDS: 3136573048

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA — APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		
							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	CAUSA DE RETIRO
01	Rc	1150956808	Eboni	Alexa	Cuero	Valencia	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	Reflexion pedagogica	A	A	A	A		18	-	
02	Rc	1156955376	Liam	Ismael	Mosquera	Giron	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
03	Rc	1235146335	Salome		hurtado	Diaz	3	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
04	Rc	1113375859	luis	gabriel	olaya	tenorio	2	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
05	Rc	1113374932	Kailen	Nohemi	bonilla	mnteria	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
06	Rc	1115467616	Yeidan	Salas		Cuero	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
07	RC	1113375742	Alahia	Antonella	Martinez	potes	2	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
08	Rc	1113375270	Isayana		Sanchez	Rosales	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
09	RC	1235147375	Elian	Santiago	Rodriguz	Benitez	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
10																																				
11																																				
12																																				
																																		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) EAS

Anayenci potes V
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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: FUNDACOSA
NIT 800023127-4 NÚMERO DE CONTRATO [illegible]
MES: Abril AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: Tradicional COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: Tiempo completo HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE Centro Zonal BUENAVENTURA Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Maria Cortez cc 66740934
Código CUENTAME UDS: 7610900067960 Nombre Unidad de Servicio/Unidad de Atención: campito
Dirección UDS: Campo Hermoso Teléfono UDS: 3183762244

		NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA		EDAD		PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL GENERAL		
[illegible]	[illegible]	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	CAUSA
RC	1111927768	Leisy	Hilena	solis	Mondragón	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
RC	1111927277	Isabel	cristina	Escobar	Mondragon	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A	A		19		
RC	1113874863	Darling	Magali	garces	gonzales	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
RC	1235147505	Ailin	yianella	Mondragón	Mantilla	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
RC	1235146950	Carlos	Damir	cuero	Gonzales	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
RC	1235145163	Elian	Andres	caicedo	castillo	4	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X	A	A	A	A		19		
RC	1150954864	Emanuel		Angulo	solis	4	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	I	A	A	A	A		19		
RC	1235146898	Yendry		Mondragón	precel	3	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	O	A	A	A	A		19		
																												N									
																												P									
																												D									
																												O									

TOTAL 19

Número de Cobertura: 8

Luz Em R

Ma cristina Valencia olina

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F4.MO12.PP | 28/5/2018
Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 8060231774
MES: Abril
NÚMERO DE CONTRATO: 76815752025
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal ___ BUENAVENTURA
Municipio B-tura BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): Nasly Palacios
CC ______
Código CUENTAME UDS: 76109000052899
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención EMMANUEL
Dirección Tocanas
Teléfono UDS: 3171753562

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD		SEMANAS: PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
							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	1235147170	Meylin	Eliana	Riascos	Delgado	2	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
02	RC	1111926154	Liam	Esteban	Viveros	Delgado	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E F	A	A	A	A		19		
03	RC	1111927165	Daniel	Estiven	Angulo	Gamboa	3	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	L E	A	A	A	A		19		
04	RC	1149945186	Gerson		Riascos	Rodallega	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	X I Ó	A	A	A	A		19		
05	RC	1150955616	Jhoser	Alexander	Diaz	Bravo	3	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	N	A	A	A	A		19		
06	RC	1150956706	Jhon	Alex	Mina	Caicedo	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	A	A	A	A		19		
07	RC	1234200662	Yeico	Stive	Solis	Mina	4							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	E D	A	A	A	A		19		
08	RC	1235146477	Yerson	Yair	Mina	Mosquera	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A G O	A	A	A	A		19		
09	RC	1235147486	Luis	Daniel	Diaz	Bravo	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	G I C A	A	A	A	A		19		
10	RC	1150956349	Deicy	Valena	Ramos	Caicedo	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
11																																				
12																																				
13																																				
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)

RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	24/5/2016
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Hoja ___ de ___
Nombre Agente Educativo (a): H.S.Mª Mery Delgado CC. 31388409
Código CUENTAME UDS: 761090005777
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Loshombres delmañana
Dirección: Cra 48A 9-28 barrio Bosque municipal
Teléfono UDS: 305 7264793

INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	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	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
01	RC	1150.954917	Liss	Ariadna	palacios	Riascos	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
02	RC	1115.486076	Mia	Isabela	palacios	Riascos	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	[illegible]	A	A	A	A		19		
03	RC	1111.928433	Erick	yahel	Mina	Banguera	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1111.927.425	Abigail	Dayari	Renteria	Millan	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1115.466661	cristopher	Andres	Lozano	Mendoza	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1115.466.781	Leyang	Alanna	Sinisterra	Tobar	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1111.930,489	Jostin	Gael	Orobio	Torres	1	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1150.956375	Darien	Jirley	Valencia	cuellar	2	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09	RC	1113.376264	Daeneris		Rivas	Rodriguez	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
10	RC	1113.376222	Maria	Jose	Sanchez	Gutierrez	1	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
11																																				
12																																				
13																																				
																																	TOTAL			

Verificación de Cobertura
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MENORES 8 MESES ASISTENTES
TOTAL NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 8 MESES ASISTENTES 10
TOTAL MUJERES GESTANTES ASISTENTES

COORDINADOR(A) EA

María Mery Delgado Hinestroza
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

F4.MO12.PP | 26/5/2016
Versión 5 | Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT: 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO: 76015752025
MES: 04
AÑO 2026
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Mirian Luz
CC 26290653
Código CUENTAME UDS: 761090057858
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Angulos de Jesús
Dirección: Zacarias rio dagua
Teléfono UDS: 3162747714

INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO/USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO/USUARIA		EDAD		SEMANAS																									TOTAL MENSUAL		CAUSA DE RETIRO
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
			PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	
01	RC	1235146392	Ailen	Zoe	Lozano	pandales	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexión pedagogia	A	A	A	A		19		
02	RC	1235146574	Sara	Jireth	Montaño	Caicedo	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1150955342	Deilin	Liceth	Mina	Caicedo	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1077653244	Jose	Angel	Riascos	Riascos	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1150955105	Yerson	Estiward	Mosquera	Caicedo	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1113376101	Kayla	lisbeth	Rodallegas	Aragon	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07	RC	1113376100	Keidy	Ainara	Rodallegas	Aragon	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1150956736	Yhordi	Samir	Pandales	Angulo	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09	RC	1235147367	Said	Fernando	Riascos	Carvajal	1	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
																																	TOTAL			

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

Luz Ey R
COORDINADOR(A)

Mirian Luz Andrade G
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	F6.MO12.PP	6/28/2018
		Versión 5	Página 1 de 1
	FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL	Clasificación de la información: Pública	

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

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Deliamar Angulo cc 66937934
Código CUENTAME UDS: 76109000057768
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los pitufos
Dirección: Zacarias Rio Dagua
Teléfono UDS: 3137990154

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA									CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
			NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		SEMANAS																											
									PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA							
No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	AÑOS	MESES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
01		1235145596	Xaimy		Morales	Albornoz	4	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexion Pedagogica	A	A	A	A		19		
02		1111926139	Kamel	Dahel	Micolta	Viveros	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03		1113376228	Daishell	Jhajany	Chalares	Obregon	1	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04		1235146070	Yosue		Izquierdo	Renteria	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05		1111926575	Ailin	Enit	Delgado	Mondragon	4	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06		1150955000	Matias		Izquierdo	Renteria	4	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
07		1113375554	Shelsy	Mariana	Orobio	Valencia	3	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08		1111927818	Antoni	Jose	Zamora	Caicedo	2	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09		1235147533	Billy	Fauricio	Riascos	Arrechea	2	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
10		1191226593	Alisson	Iveth	Mina	Izquierdo	3	4						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
11		1150956775	Adler	Farid	Micolta	Viveros	2	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		14		
12																																				
13																																				
																																	TOTAL	19		

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) EA

Deliamar Angulo R.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP	28/05/2018
Versión 5	Página 1 de 1

Clasificación de la información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO: FUNDACOBA
NIT 800023177-4
MES: Abril
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB
NÚMERO DE CONTRATO 76000862025
AÑO 2025

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Fenix G copete CC 1111771031
Código CUENTAME UDS: 761090008477 4
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los pecesitos
Dirección UDS: calle 6 carrera 66 501
Teléfono UDS:

INFORMACIÓN DEL USUARIO/USUARIA — CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	EDAD AÑOS	EDAD MESES	PRIMERA LUNES	PRIMERA MARTES	PRIMERA MIÉRCOLES	PRIMERA JUEVES	PRIMERA VIERNES	SEGUNDA LUNES	SEGUNDA MARTES	SEGUNDA MIÉRCOLES	SEGUNDA JUEVES	SEGUNDA VIERNES	TERCERA LUNES	TERCERA MARTES	TERCERA MIÉRCOLES	TERCERA JUEVES	TERCERA VIERNES	CUARTA LUNES	CUARTA MARTES	CUARTA MIÉRCOLES	CUARTA JUEVES	CUARTA VIERNES	QUINTA LUNES	QUINTA MARTES	QUINTA MIÉRCOLES	QUINTA JUEVES	QUINTA VIERNES	TOTAL MENSUAL ASISTENCIAS	TOTAL MENSUAL INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
1	R.C	1113375953	Eimmy	Lihem	Estupiñan	Ramos								A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A		19		
2	R.C	1150955158	Erick	Santiago	Camacho	Riascos	4	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	ef	A	A	A	A		19		
3	R.C	1115468127	Keiden	Jael	Copete	Asprilla	1	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	le	A	A	A	A		19		
4	R.C	1150955664	Aslhey	Nahiara	Campo	Acevedo	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	x	A	A	A	A		19		
5	R.C	1111927558	Keylin	Amaia	Castillo	Angulo	3	8						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	io	A	A	A	A		19		
6	R.C	1150956787	Aslin	Zahomy	Rentería	Vergara	2							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	n	A	A	A	A		19		
7	R.C	1196716373	Briany	Yarizat	Ramos	Riascos	4	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		pe	A	A	A	A		19		
8	R.C	1150453337	Julio	Cesar	Lopez	Riascos	3	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	d	A	A	A	A		19		
9	R.C	1235146064	Maria	Yolaisy	Camacho	Mondragón	4	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ag	A	A	A	A		19		
10	R.C	1150956010	Yeini	Celeste	Delgado	Rentería	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	og	A	A	A	A		19		
11	R.C	1111927730	Angel	Yahel	Pareja	Tovar	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ic	A	A	A	A		19		
12	R.C	1191224703	Cielo	Saray	Zamora	García	4	7						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	a	A	A	A	A		19		
13	R.C	1150956128	Thiago	Gael	Hurtado	Martinez	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		19		
																																	TOTAL			

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

COORDINADOR(A) EA

meny copete
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 REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP | 8/29/2016
Versión 6 | Página 1 de 1

Clasificación de la información: Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Ana Yulisa Viver CC 29229199
Código CUENTAME UDS: 76109000057914
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: ___
Dirección: Zacarias Buenos aires
Teléfono UDS: ___

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
01	R.C	1235145834	aaliya	Elisabet	flores	moreno	4	4
02	R. C	1111929252	ashlen	alejandra	Rivas	lozano	1	11
03	R. C	1150956877	Deiner	Jessi	angulo	angulo	1	7
04	R. C	1114461818	Eitan	Caleb	Riascos	mino	1	2
05	R. C	1150956147	Elvi	Gael	Zamora	lopez	3	11
06	R. C	111192 6136	Melany	isabel	Riascos	moiquera	4	5
07								
08								
09								
10								
11								
12								
13								

CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA — SEMANAS

No. de Orden	PRIMERA					SEGUNDA					TERCERA					CUARTA					QUINTA					TOTAL MENSUAL: ASISTENCIAS	INASISTENCIAS	CAUSA DE RETIRO
	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES			
01						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A	Reflexion pedagogica	A	A	A	A		18		
02						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
03						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
04						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
05						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
06						A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		A	A	A	A		18		
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

Ana Yulosa Viveros G.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
29/5/2018
Versión 5
Página 1 de 1
Clasificación de la Información:
Pública

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

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal: BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Clarena Aragón
CC 66743935
Código CUENTAME UDS: 7610900057778
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención: Los traviesos
Dirección: Zacarías Río Dagua
Teléfono UDS: 3206639119

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	Tipo Doc.	Número Documento	Nombres del usuario / usuaria		Apellidos del usuario / usuaria		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	1111929811	Jade	Mariem	Cuero	Tabarés	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	Reflexión pedagógica	A	A	A	A		19		
02	RC	1111929810	Isa	Mariam	Cuero	Tabarés	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
03	RC	1109580116	Briam	Alexis	Garcés	Rentería	1	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
04	RC	1109580117	Noah	Alexis	Garces	Renteria	1	6		-				A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
05	RC	1196716546	Hella	Isabel	Quiros	Rivas	3	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
06	RC	1150955112	Izel	Yarely	Hinestroza	Valencia	4	3						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	0						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
08	RC	1235147261	Lahiam	Andrés	Delgado	Angulo	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
09	RC	1150954916	José	Wilmar	Delgado	Angulo	4	5						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
10	RC	1196716509	DeHiany	Tamara	Mondragón	Mina	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A		A	A	A	A		19		
11																																				
12																																				
13																																				
																																	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) ER

Clarena Aragón M.
RESPONSABLE DE GRUPO

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

BIENESTAR FAMILIAR

PROCESO
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

FORMATO REGISTRO ASISTENCIA MENSUAL

F6.MO12.PP
Versión 6
29/05/2018
Página 1 de 1

Clasificación de la Información:
Pública

ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO : FUNDACOBA
NIT 800023177-4
NÚMERO DE CONTRATO 76000882025
MES: Abril.
AÑO 2025
MODALIDAD DE ATENCIÓN: COMUNITARIA
SERVICIO DE ATENCIÓN: HCB

IDENTIFICACIÓN
Hoja ___ de ___
Regional: VALLE
Centro Zonal BUENAVENTURA
Municipio: BUENAVENTURA
Nombre Agente Educativo (a): Yenny vanessa Q. CC 1028186493
Código CUENTAME UDS: 76109000 57373
Nombre Unidad de Servicio/ Unidad de Atención Los Pinguinos
Dirección UDS: Calle larga no Dagua
Teléfono UDS: 3122539520

INFORMACIÓN DEL USUARIO / USUARIA

No. de Orden	TIPO DOC.	NÚMERO DOCUMENTO	NOMBRES DEL USUARIO / USUARIA		APELLIDOS DEL USUARIO / USUARIA		EDAD		CONTROL DIARIO DE ASISTENCIA																									TOTAL MENSUAL		
									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	CAUSA DE RETIRO
1	RC.	1235147245	Aslhy	Dahian	Caicedo	Mondragón	2	3						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	R	A	A	A	A	/	19		
2	RC	1235146582	Daila	samantha	Mosquera	Mina	3	6						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	e	A	A	A	A		19		
3	RC	1111929165	Luis	Fernando	Mina	Mina	1	11						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	F	A	A	A	A		19		
4	RC	1113376105	Neyla	Victoria	echavarria	Mina	1	9						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	l	A	A	A	A		19		
5	RC	1111928902	Leinny	Gissell	Murillo	Mondragón	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	xi	A	A	A	A		19		
6	RC	1111929244	Carlos	eduardo	Garces	Angulo	1	10						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	on	A	A	A	A		19		
7	RC	1111927657	Andres	Isaac	Garces	Mina	3	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	g	A	A	A	A		19		
8	RC	1235146821	Yerlin	Alexa	Mosquera	Diaz	3							A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	g	A	A	A	A		19		
9	RC	1080074501	Luis	alfredo	Hachito	Garces	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	o	A	A	A	A		19		
10	RC	1111929138	Lennis	José	Mosquera	Mina	2	2						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	gi	A	A	A	A		19		
11	RC.	1111929008	Gelmy	Katalexa	Navarro	Mondragón	2	1						A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	ca	A	A	A	A		19		
																																		TOTAL	19		

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

Luz Elena R.
COORDINADOR(A) EA

Yenny Vanessa Quintero Torres
RESPONSABLE DE GRUPO

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