FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ANDRES SANTIAGO PEREZ ACOSTA
Número de identificación:	1013700497

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	0	Vanessa Acosta	Suspendido
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	0	Vanessa Acosta	Suspendido.
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Vanessa Acosta	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Vanessa Acosta.	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Vanessa Acosta.	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5	Vanessa Acosta	
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	4	Vanessa Acosta.	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4	Vanessa Acosta.	Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulada
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	5	Vanessa Acosta.	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3	Vanessa Acosta.	Novedad.
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ALAN MATHIAS ARANGO BARRIOS
Número de identificación:	1023049661

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	marisol Izquierdo	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	marisol Izquierdo	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	marisol Izquierdo	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	marisol Izquierdo	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4		
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	3	marisol Izquierdo	Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulada
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	5	[illegible]	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	1	.	Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	DANNA SARAY VARGAS NAVARRETE
Número de identificación:	1023048740

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Dora Navarrete A.	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	4	Dora Navarrete A	Novedad
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Dora Navarrete A	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Dora Navarrete A	Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Dora Navarrete A.	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4	Dora Navarrete A.	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	0	Dora Navarrete A.	Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	3	Dora Navarrete A	Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulada
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	5	Dora Navarrete A	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Dora Navarrete A	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	EIMY XIOMARA CAMPOS PINZON
Número de identificación:	1023991915

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	0		Suspendida
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4		
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Ligia Para	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	4	J. Pinzon	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	1		Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulada
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	4		Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	EMYELL VALERIA VILLAMIL OSPNA
Número de identificación:	1023991111

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Dayana ospina	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Dayana ospina	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	3	Dayana ospina	Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Dayana ospina	Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	3	Dayana ospina	Novedad
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4	Dayana ospina	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	3	Valentina ospina.	Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4	Dayana ospina	Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulada
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	4	Dayana ospina	Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3	Dayana ospina	Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ISMAEL JESUS ARRIETA HERRERA
Número de identificación:	1032516492

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Juana maria	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Juana maria	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Juana maria	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Juana maria	Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Juana maria	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4	Juana maria	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	3	Juana maria	Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Juana maria	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulada
Mes: Semana del 28 al 1	5	5	Juana maria	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3	Juana maria	Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	JHON IAN LOZANO PULIDO
Número de identificación:	1028676150

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	David Lozano	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	David Lozano	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	David Lozano	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	David Lozano	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	3	David Lozano	Novedad
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5	David Lozano	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Joanna R	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Yulieth Rubio	
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	4	Yulieth Pulido	Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Yulieth Rubio	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	KAROL SOFIA VELANDIA MEZA
Número de identificación:	1243861372

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Daniela Olivera	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Daniela Olivera	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Daniela Olivera	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	0	Daniela Olivera	Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	0	Daniela Olivera.	Novedad
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5	Daniela Olivera.	
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	4	Daniela Olivera	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Daniela Olivera	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4		Dc	Anulada
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	3	Daniela Olivera.	Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Daniela Olivera.	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	LEONARDO ARISTIZABAL IPIA
Número de identificación:	1033833113

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	3	Lorena Aristizabal	Novedad
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	2	Lorena Aristizabal	Novedad
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	0	Lorena Aristizabal	Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Lorena Aristizabal	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	1	Lorena Aristizabal	Novedad
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4	Lorena Aristizabal	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	3	Lorena Aristizabal	Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Lorena Aristizabal	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulada.
Mes: (Agosto) Julio Semana del 28 al 1	5	4	Lorena Aristizabal	Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Lorena Aristizabal	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	LIA RIAÑO BETHES
Número de identificación:	1028703485

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Viviana Bethes	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Viviana Bethes	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Viviana Bethes	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	2	Claudia Bolaños.	Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Claudia Bolaños.	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	3	Claudia Bolaños.	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	4	Claudia Bolaños.	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Claudia Bolaños.	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulada.
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	3	Claudia Bolaños.	Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	1	•	Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	LIAM ESTIBEN CASAS CAMPOS
Número de identificación:	1033832833

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Jackeline C	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Jackeline C.	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Jackeline C.	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	*Dolly margarit J.	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	3	*Dolly margoriTa J	Novedad
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4	Dolly Margarita	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	4	Dolly margarita Jaramillo	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	MargoriFa Jaramillo	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulada.
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	3	*Dolly margarita Jaramillo	Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3	Dolly margarita	Novedad.
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	SALOME AGUILAR PUERTO
Número de identificación:	1141381895

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	3	Nataly Villanueva	Novedad
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Nataly Villanueva	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Nataly Villanueva.	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	2		Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4		
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5	Nataly villanueva	
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	4	Valdina Riaño	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulada.
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	3		Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3	Valdina Riaño	Novedad.
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	YEICOB ANDRES BARON ALCOCER
Número de identificación:	1058206002

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	3		Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	0		Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	0		Novedad
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	2		Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	1		Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	0		Suspendido
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulada.
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	0		Suspendido
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	0		Suspendido.
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	YIREN LIAM JOSEF MANRIQUE RAMIREZ
Número de identificación:	1023050027

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	· SANDRA R.	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	· SANDRA R.	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	3	· SANDRA R.	Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	· ROCIO [illegible]	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	· SANDRA R.	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4	· SANDRA R.	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 18	(5) 4	4	· SANDRA R.	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	3	· SANDRA R.	Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulada
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	5	· SANDRA R	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	· Jorge M	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ELIAS JOSE DE LA CRUZ CARREÑO
Número de identificación:	1064557539

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4		Jenny Carreño	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Jenny Carreño	
Mes: Junio. Semana del 16 al 19	4	4	Jenny Carreño	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Jenny Carreño	Novedad.
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Jenny Carreño	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4	Jenny Carreño	Novedad.
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3	Jenny Carreño	Novedad.
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Jenny Carreño	
Mes: Julio. Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio - Agosto Semana del 28 al 01	5	5	Jenny Carreño	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Jenny Carreño	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	AHILIN JULIANA ROJAS ZAMBRANO
Número de identificación:	1028676066

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Julio Semana del 10 al 11	2	2	Angie Zambrano.	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Angie Zambrano.	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Aledandrina vega	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio - Agosto Semana del 28 al 01	5	3	Aledandrina vega	Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Angie Zambrano.	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	LEINER DE JESUS ZARRAGA ZARRAGA
Número de identificación:	1243861043

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Julio Semana del 10 al 11	2	2		
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	1		Navedad.
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	4		Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3		Novedad.
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ALAN ANDREY MEJIA RAMIREZ
Número de identificación:	1033831788

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Julio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Julio Semana del 9 al 13	5	4		Novedad
Mes: Julio Semana del 16 al 19	4	3		Novedad
Mes: Julio. Semana del 24 al 27	4	3		Novedad.
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4		
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	3		Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3		Novedad.
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	2		Novedad.
Mes: Julio Agosto Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio – Agosto Semana del 28 al 01	5	3		
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	2		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ALISSON SOPHIA LEON BAUTISTA
Número de identificación:	1013699740

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4		
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4		
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	2		Incapacidad
Mes: Julio Semana del 14 al 18	5			Anulada Por repetir
Mes: Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado carta viaje. Novedad.
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	0	.	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	0	.	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	AYLEN ISABELLA SILVA NAVAS
Número de identificación:	1023049057

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	3		Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Carta retiro
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	DAVID SANTIAGO SOTELO CABRERA
Número de identificación:	1033832517

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	3		Novedad.
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Angie cabrera	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4		
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4		Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4		Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio - Agosto Semana del 28 al 01	5	4		Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	EITHAN YESID VELANDIA RUGELES
Número de identificación:	1023049242

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	1		Novedad.
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	4		Novedad.
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	2		Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3		Novedad
Mes: Julio, Semana del 1 al 4	4	3		Novedad
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	0		Novedad Visita domiciliaria
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3		Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4		Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	4	-	Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	0	-	suspendido viaje
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	EIMMY SALOME SUAREZ HIGUERA
Número de identificación:	1206228457

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	• Eugitha	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	• Eugitha	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	3	• Eugitha	Novedad.
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Angelica enfermera	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Angelica o.	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4	• Eugitha	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3	• Eugitha	Novedad.
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Angelica enfe.	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado.
Mes: Julio - Agosto Semana del 28 al 01	5	4	Angelica.	Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Angelica.	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

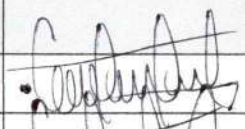
FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	EMILY ANTONELLA BAÑEZ PEREZ
Número de identificación:	1145230785

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Julio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Julio Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Julio Semana del 16 al 19	4	4		
Mes: Julio Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4		
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	5		
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	EMMA ZARAY CORRALES AVELLANEDA
Número de identificación:	1031426905

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	2		Novedad.
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4		
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio - Agosto Semana del 28 al 01	5	5		
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	EULICES ALEJANDRO MATA PADRINO
Número de identificación:	0

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Eulismar	
Mes: Semana del 9 al 13	5	5	Eulismar	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	1	Eulismar	Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Eulismar	Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Eulismar	Novedad
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5	Darwin	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Frangol	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	3	Eulismar	Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	3	.	Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3	.	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	GAEL ALEXANDER PIÑA PARRA
Número de identificación:	0

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	3	Oriana	Novedad.
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Oriana	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Oriana	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Oriana	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	3.	Oriana	Novedad.
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4	Oriana	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3	Oriana	Novedad.
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Oriana	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	5	Oriana	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	JAZLYN ALANNA RINCON TIBAQUE
Número de identificación:	1033831396

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4		
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4		
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4		Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	5		
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3		Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	JHOEL SANTIAGO MIRANDA PINZON
Número de identificación:	1023991301

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Angela Barragán	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Angela Barragán	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Angela Barragán	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Angela Barragán	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4		
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5	Angela Barragán	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Luisa M.	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Luisa Miranda.	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado.
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	2	Luisa Miranda	Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Angela Barragán	M
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	LOREN DARIANY PARRA MAYORGA
Número de identificación:	1243861156

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	*Angie Parra	Novedad
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	1	bAngie Parra	Novedad Visita domiciliaria
Mes: Junio. Semana del 16 al 19	4	4	•Angie Parra	
Mes: Junio. Semana del 24 al 27	4	2	•Angie Parra	Novedad
Mes: Julio. Semana del 1 al 4	4	3	•Angie Parra	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	0	·Angie Parra	Novedad Visita domiciliaria
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	1	Angie Parra	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	0	Angie Parra.	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado.
Mes: Julio- Agosto Semana del 28 al 01	5	0		Suspendida
Mes: Agosto Semana del 4 al 8				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	LORENT VALERIA CALDERON MORENO
Número de identificación:	1031188742

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4		
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4		
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado.
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	5		
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	2		Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	MARTIN ADRIAN MAYORQUIN PRIETO
Número de identificación:	1011263020

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Yeimy Poda Prieto	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Yeimy Poda Prieto	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Yeimy Poda Prieto	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Yeimy Poda Prieto	Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Yeimy Poda Prieto L.	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5	Yeimy Poda Prieto L.	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	(5) 4	2		Novedad.
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio - Agosto Semana del 28 al 01	5	4		Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	0		Incapacidad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __		—		

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	NEREA SAMARA RODRIGUEZ CARRILLO
Número de identificación:	1243861030

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	• Stefanya	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	• Stefanya.	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	3	• Stefanya.	Novedad.
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Contaza Gomez	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	3	Stefanya Carrillo.	Novedad
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	3	Contaza Gomez	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Contaza Gomez	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Contaza Gomez	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4		Contaza Gomez	Anulado
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	3	.	Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	2	.	Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	NOAH ANDRES GORDILLO OSPINA
Número de identificación:	1023048520

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio. Semana del 3 al 6	4	4	Valentina ospina	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	4	Valentina ospina	Novedad
Mes: Junio. Semana del 16 al 19	4	4	Valentina ospina	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Valentina ospina	Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	3	Valentina ospina.	Novedad
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5	Valentina ospina.	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3	Valentina ospina.	Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4	Valentina ospina.	Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	4	Valentina ospina	Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Sergio Ferreira	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	OLMARYS FREIMAR BUSTILLO GARCIA
Número de identificación:	0

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Freicy G.	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Freicy G.	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Freicy G.	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Freicy G.	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	JHANNYS	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5	Freicy G.	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Freicy G.	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Freicy G.	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado.
Mes: Julio Agosto Semana del 28 al 01	5	4	Freicy G.	Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Freicy G	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	SALOME GUZMAN PEREZ
Número de identificación:	1243861026

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Sandra Perez	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Sandra Perez	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Sandra Perez	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Sandra Perez	Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	3	Sandra Perez	Novedad
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4	Yanitha Soto	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Yanitha Soto.	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Mariana Guzmán	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio - Agosto Semana del 28 al 01	5	4	Sandra Perez	Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3	Sandra Perez	Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	SAMUEL TORRES OROZCO
Número de identificación:	1023990964

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	2		Novedad
Mes: Junio. Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio. Semana del 1 al 4	4	4		
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4		Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3		Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	3		Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3		Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	SARA GISSELLE FONSECA LOPEZ
Número de identificación:	1023049196

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Liced Avila	
Mes: Junio. Semana del 9 al 13	5	5	Liced Avila	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Liced Avila	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Liced Avila	Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Yurley Lopez	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Liced Avila	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4	Liced Avila	Novedad certificacion de estar en cita.
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio agosto Semana del 28 al 01	5	5	Yurley Lopez	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Liced Avila	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	THIAGO DANIEL MARTINEZ GOMEZ
Número de identificación:	1243762731

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Maria Elena G.	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Maria Elena G	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Maria Elena G.	
Mes: Junio. Semana del 24 al 27	4	4	Maria Elena G	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Maria Elena G.	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5	Maria Elena G	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Maria Elena G	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Maria Elena G	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio - Agosto Semana del 28 al 01	5	5	Maria Elena G.	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Maria Elena G	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	THIAGO JOEL GUZMAN PACHON
Número de identificación:	1026310438

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio. Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Junio Semana del 6 al 13	5	5		
Mes: Junio. Semana del 16 al 19	4	4		
Mes: Junio. Semana del 24 al 27	4	3		Novedad
Mes: Julio. Semana del 1 al 4	4	4		
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio - Agosto Semana del 28 al 01	5	4		Novedad
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	VALERY JULIANA TOLOSA MORENO
Número de identificación:	1033831552

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	°Alba Gaviria	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	°Alba Gaviria	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	3	°Alba Gaviria	Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	1	°Alba Gaviria	Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	°Freddy Tolosa	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	2	°Alba Gaviria	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3	°Alba Gaviria	Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Alba Gaviria	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	5	Alba Gaviria	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	2		Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ERIC DAMIAN HERNÁNDEZ CASTILLO
Número de identificación:	1016753569

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	INGRID CASTILLO	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	INGRID CASTILLO	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	INGRID CASTILLO	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	GEUCH	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	GEUCH	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	4	GEUCH	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	GEUCH	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4	GEUCH	Novedad
Mes: Semana del 28 al 01	5	4	INGRID CASTILLO	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	INGRID CASTILLO	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	MATIAS ALVAREZ DELGADILLO
Número de identificación:	1032513976

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	MANUEL ALVAREZ	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	4	MANUEL ALVAREZ	Novedad
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	MANUEL ALVAREZ	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	2	ANGIE DELGADILLO	Novedades
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	0	ANGIE DELGADILLO	Novedades
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	0	ANGIE DELGADILLO	Novedades
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	0	ANGIE DELGADILLO	Novedades
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	3	ANGIE DELGADILLO	
Mes: Semana del 28 al 01	5	1	ANGIE DELGADILLO	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	2	ANGIE DELGADILLO	Novedades
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	JULIETA SANDOVAL RAMIREZ
Número de identificación:	1070333908

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Sergio Bonilla	
Mes: Junio. Semana del 9 al 13	5	4	Sergio Bonilla	Novedad
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Sergio Bonilla	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Sergio Bonilla	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	3	Sergio Bonilla	Novedad
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	4	Valentina Ramirez	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3	Valentina Ramirez	Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Valentina Ramirez	
Mes: Semana del 28 al 01	5	5	Sergio Bonilla	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	Valentina Ramirez	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	KELVIN DAVIEL TEJERA SILVA
Número de identificación:	1023989630

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Kelly	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Kelly	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	3	Kelly	Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Kelly	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Kelly	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	4	Kelly	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3	Kelly	Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Kelly	
Mes: Semana del 28 al 01	5	5	Kelly	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	Kelly S. Luc	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	SAMUEL JAVIER ORJUELA ALVAREZ
Número de identificación:	1243860542

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Semana del 16 al 19	4	3		Novedad
Mes: Semana del 24 al 27	4	3	Angie Nuñez	Novedad
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4		
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	0		Novedad Soporte
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Semana del 28 al 01	5	5		
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	LUZ MAURY OSPINA BORJA
Número de identificación:	1074019092

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Luz Borja	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Luz Borja	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	3	Luz Borja	Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	0	Luz Borja	Suspendida por viaje
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	0	Luz Borja	Suspendida por viaje
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3	Luz Borja	Novedad.
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Luz Borja	
Mes: Semana del 28 al 01	5	3	Amy Osp.	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	2		Novedades
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	OSCARLY ALEXANDRA BETANCOURT OCHOA
Número de identificación:	0

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Julio Semana del 21 al 04	4	2	Olinda Padilla	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	0	Olinda Padilla.	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Olinda Padilla.	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	3	Jurancy Ochoa.	
Mes: Semana del 28 al 01	5	4	Jurancy Ochoa.	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	1		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	SAMUEL FELIPE PARDO MUNEVAR
Número de identificación:	1023047468

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3	Darlin Munevar	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Sandra Munevar	
Mes: Semana del 28 al 01	3	4	Laura Meneses	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	3	Darlin Munevar	Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código: Versión: 1 Fecha: mayo de 2025 Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	DANNA XIOMARA VEGA HERRERA
Número de identificación:	1070709997

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Monica andra Roja	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	4	Monica and Rojas	Novedad
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Monica andra Roj.	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	1	Monica andra Roja,	Novedades
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	2	Monica and Hm	Nacional.
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	2	Monica and Hm	Novedades
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Monica and Hm	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Monica andra Hm	
Mes: Semana del 28 al 01	5	4	Monica and Hm	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	3	Monica andra Hm	Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ALEX EMMANUEL CADENA CONTRERAS
Número de identificación:	1023048151

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Betania Contreras	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	4	Betania Contreras	Novedad
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Betania Contreras	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	0	Betania Contreras	Suspendido por viaje
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	0	Betania Contreras	Suspendido por viaje
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	0	Betania Contreras	Suspendido por viaje
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Betania Contreras	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	0	Betania Contreras	Suspendido por viaje
Mes: Semana del 28 al 01	5	0		Suspendido por viaje
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	0		Suspendido Por Viaje
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	JUAN ELIAS PEÑA LA ROSA
Número de identificación:	1113795338

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Franyellys La Rosa	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Franyellys La Rosa	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	2	Franyellys La Rosa	Novedades
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Franyellys La Rosa	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	3	Franyellys La Rosa	Accedud.
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	3	Franyellys La Rosa	Novedades
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Franyellys La Rosa	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Naidel Cordero	
Mes: Semana del 28 al 01	5	1	Naidel Cordero	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4			
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	DAVID SANTIAGO RUIZ VILLEGAS
Número de identificación:	1023047957

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Laura villegas	
Mes: Junio Semana del 7 al 13	5	5	Laura villegas	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Laura villegas	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	2	Laura villegas	Novedad soporte
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	0	Laura villegas	Novedades
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	4	Laura villegas	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	katherine F.	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Laura villegas	
Mes: Semana del 28 al 01	5	4	Laura villegas	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	1		Novedad Soporte
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ELIZABETH NATTI MOLANO GARCÍA
Número de identificación:	1034405310

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Natalia Garcia M.	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Natalia Garcia M	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Natalia Garcia M.	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Gloria E Millán	Novedad
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Gloria E Millan	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5	Gloria E Millan	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Gloria E Millán	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Gloria E Millán	
Mes: Semana del 28 al 01	5	5	Natalia Garcia H.	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	Gloria E Mi	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	SAMUEL JESUS NUÑEZ VASQUEZ
Número de identificación:	1245079080

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	2		Novedades
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	2		Novedad.
Mes: Julio Semana del 09 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3		Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4		Novedad
Mes: Semana del 28 al 01	5	4		
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	MARIA ISABELLA CONTADOR CORREDOR
Número de identificación:	1057711483

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4		
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	3		Novedad
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	3		Novedades
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	SANTIAGO	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4		Novedad
Mes: Semana del 28 al 01	5	4		
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	1		Novedades
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ANGEL EFRAIN SANCHEZ FONSECA
Número de identificación:	1146150652

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Dora Gómez	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Dora Gómez	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Dora Gómez	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Dora Gomez R.	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Dora Gómez	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5	Dora Gómez	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Dora Gómez	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4	Dora Gómez	Novedad
Mes: Semana del 28 al 01	5	4	Dora Gomez	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	3	Dora Gomez	Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	GAEL ALEXANDER MORILLO ROMERO
Número de identificación:	1141379411

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Rosa ganzales	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Rosa- ganzales	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Rosa- ganzales	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Rosa ganzales	Novedad
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Rosa ganzales	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5	Rosa- ganzales	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Rosa- ganzales	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Rosa- ganzales	
Mes: Semana del 28 al 01	5	4	Rosa ganzales	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	Rosa ganzales	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ANDREY ALEXANDER CUPITRA BARRIOS
Número de identificación:	1023988834

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: JUNIO Semana del 3 al 6	4	4	Leidy barrios P.	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Leidy barrios P.	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	2	Leidy barrio P.	Novedades
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Nicolas Pineda	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Leidy barrios P.	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5	Nelson cupitra	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Acudiente	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4	Acudiente	Novedad
Mes: Semana del 28 al 01	5	4	Acudiente	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	Leidy barrios.	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	EMILIANO NIÑO BAQUERO
Número de identificación:	1023047255

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	3		Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	2		Novedad.
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	4		Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	3		Novedad
Mes: Semana del 28 al 01	5	5		
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ALLISON ANNALERT BAZAN CORDERO
Número de identificación:	1031187469

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: JUNIO Semana del 3 al 6	4	4	Naidid Cordero	
Mes: Semana del 9 al 13	5	5	Naidid Cordero	
Mes: Semana del 16 al 19	4	3	Naidid Cordero	Novedad
Mes: Semana del 24 al 27	4	4	Leoner Bazán	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Leoner Bazán	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	4	Naidid Cordero	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Naidid Cordero	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Naidid Cordero	
Mes: Semana del 28 al 01	5	5	Leoner Bazán	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	Naidid Cordero	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	EVA MARÍA QUIROZ FERNÁNDEZ
Número de identificación:	0

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Julio Semana del 3 al 6	4	4		
Mes: Semana del 9 al 13	5	5		
Mes: Semana del 16 al 19	4	3		Novedad
Mes: Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4		
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Semana del 28 al 01	5	5		
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4			
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	SALOME FERNANDEZ RINCON
Número de identificación:	1243860955

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	4	Luisa Rincon	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	3	Luisa Rincon	Novedad.
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	0	Luisa Rincon	Novedades
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	2	Luisa Rincon	Novedades
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	0	Luisa Rincon	P
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	0	"	Retiro. Suspendida
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	0		Retiro Suspendida
Mes: Semana del 28 al 01	5	0.		Egresada
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	SAMAY ANTONELLA VILLARREAL ARCE
Número de identificación:	1031545092

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	1		Novedades
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	0		suspendida retiro
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	0		suspendida retiro
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	0		suspendida retiro
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	0		suspendida retiro
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	0		suspendida retiro
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	0		Egreso
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	CRISTIAN JESUS POLANCO POLANCO
Número de identificación:	0

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Milagro	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Milagro	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Milagro	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Milagro	Novedad
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Milagro	
Mes: Julio Semana del 09 al 11	5	1		Suspendido retiro
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	0		Suspendido retiro
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	0		Egreso
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	JHOAN SEBASTIAN RIVERA MONTESINOS
Número de identificación:	1118651635

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	4	Marcos Moreno	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Marcos Moreno	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	3	Marcos Moreno	Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	-	Novedad
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	0	x	Novedades
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	1	x	Novedades
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	0	x	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5			
Mes: Semana del 28 al 01	5	0		Egreso
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	AARON SANTHIAGO ESPINOZA LUGO
Número de identificación:	1023047601

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 3 al 6	4	0		Suspendido retiro
Mes: Semana del 9 al 13	5	0		Suspendido retiro
Mes: Semana del 16 al 19	4	0		Suspendido retiro
Mes: Semana del 24 al 27	4	0		Egreso
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ANNA VALERIA CARMONA CARVAJAL
Número de identificación:	1015487870

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Milena Carvajal	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5	Milena Carvajal	
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4	Milena Carvajal	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Rocio Medina	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Hortencia	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5	Milena Carvajal	
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4	Milena Carvajal	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Hortencia	
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	5	Milena C.	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	Hortencia	
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Agosto Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	BRIAN ADRIAN GUERRA ZABALA
Número de identificación:	1243859652

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	3		Novedad
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	3		Novedades
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	3		Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	2		Novedad
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	3		Novedad
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	3		Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	3		Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	3		Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	0		Novedad Incapacidad
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	3		Novedad
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Agosto Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	BRIAN DAVID OBESO MEZA
Número de identificación:	1049951076

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Anyis Haza C.	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5	Anyis Haza C.	
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4	Anyis Haza C.	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Yeiner OBESO	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	3	Anyis Haza.	Novedad.
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	3	Yeiner OBESO	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	2	yeiner OBESO	Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Anyis Haza.	
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	5	Anyis Haza.	
Mes: ~~Agosto~~ Semana del 04 al 08	4	2	Yeiner OBESO	Novedad
Mes: ~~Agosto~~ Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	DAMIAN STIVEN SIERRA DIAZ
Número de identificación:	1171713061

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	3	Genesis Diaz	Novedad
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5	Genesis Diaz	
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	2	Genesis Diaz	Novedades
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Genesis Diaz	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Genesis Diaz.	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	1	Genesis Diaz	Novedades
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	3	Genesis Diaz	Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4	Genesis Diaz	Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	3	Genesis Diaz	Novedad
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	Genesis Diaz	
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	DEILAN STIK DEL CASTILLO MENDEZ
Número de identificación:	1033830276

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Fabiola GR	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5	Fabiola GR	
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4	Fabiola GR	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Fabiola GR	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Fabiola GR	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5	Fabiola GR	
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4	Fabiola GR	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Tatiana M.	
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	4	Fabiola	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	Tatiana Mendez	
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ELIAS MARTIN VERGARA PARRA
Número de identificación:	1022450924

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Ingrid Parra	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	1	Ingrid Parra	Novedades
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4	Ingrid Parra	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Ingrid Parra	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	0	Ingrid Parra	Novedades
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	0	Ingrid Parra	Suspendido
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	0	Ingrid Parra	Suspendido
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	0	Ingrid Parra	Suspendido
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	0	Ingrid Parra	Suspendido
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	0	Ingrid Parra	Suspendido
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	JOEL SANTIAGO SANTANA ZIPAQUIRÁ
Número de identificación:	1016753500

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Oma Santana	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5	Oma Santana	
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4	Oma Santana	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	2	Oma Santana	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	3	Jnonjr santana	Novedad
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	3	Jnonjr santana	Novedades
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4	Jnonjr santana	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Jnonjr santana	
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	5	Jnonjr santana	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	Jnonjr santana	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	JUAN PABLO NIÑO ESPITIA
Número de identificación:	1023048211

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	3	Felix Niño	Ingreso el 09/07/2025.
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4		Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	2		Novedad
Mes: ~~Agosto~~ Semana del 04 al 08	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	LIAM JERONIMO RAMIREZ FIERRO
Número de identificación:	1016752959

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4		
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4		
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4		
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	5		
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	JUAN DIEGO VENERA OROZCO
Número de identificación:	1033830716

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Laura A. Orozco	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5	Laura A. Orozco	
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4	Laura A. Orozco	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Laura A. Orozco	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Laura A. Orozco	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5	Mildes Venera	
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4	Laura A. Orozco	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	4	Laura A. Orozco	Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	4	Laura A. Orozco	Novedad
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	Laura A. Orozco	
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	LUCAS GAEL GAUNA MARCHAN
Número de identificación:	1011420566

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Asdrubel	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	4	Asdrubel	Novedad
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	3	Asdrubel	Novedad
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Barrula colun	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	3	Yellis Rondon	Novedad
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	3	Yellis Rondon	Novedades
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4	Yellis Rondon	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	3	Asdrubel	Novedad
Mes: Julio Semana del 28 al 1	5	4	Asdrubel	Novedad
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	3		Novedad
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	IAN SAMUEL BASTIDAS RODRIGUEZ
Número de identificación:	1025567491

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Yuri Bastidas	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5	Yuri Bastidas	
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4	Yuri Bastidas	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	1	Yuri Bastidas	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	3	Yuri Bastidas	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5	Lorena Bastidas	
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4	Yuri Bastidas	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	3	Lorena Bastidas	
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	5	Yuri Bastidas	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	1	Yuri Bastidas	Novedades
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	LINA IVETTE ESCOBAR QUIÑONEZ
Número de identificación:	1011261734

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Yuleidy Quiñones	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5	Yuleidy Quiñones	
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4	Yuleidy Quiñones.	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	0	Yuleidy Quiñones.	Carta Permiso
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	0	Damaris Olivera	Suspendida
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5	Damaris Olivera	
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4	Damaris Olivera.	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Damaris Olivera.	
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	5	Yuleidy Quiñones.	
Mes: ~~Agosto~~ Semana del 04 al 08	4	4	Damaris Olivera.	
Mes: ~~Agosto~~ Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ERICK NICOLAS PÉREZ RAMÍREZ
Número de identificación:	1021696566

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4		
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5		
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4		
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Alba Ramirez	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Sara C.	
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	3	Alba Ramirez	Novedad
Mes: ~~Agosto~~ Semana del 04 al 08	4	3		Novedad
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ISABELLA JHOJANA RONCALLO SALCEDO
Número de identificación:	1063977011

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Rosa salcedo	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	4	Rosa salcedo	Novedades
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	3	Rosa salcedo	Novedades
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4	Rosa Salcedo	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Rosa salcedo	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5	rosa salcedo	
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4	rosa salcedo	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	3	rosa salcedo	Novedades
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	4	rosa salcedo	Novedad
Mes: ~~Agosto~~ Semana del 04 al 08	4	3	rosa salcedo	Novedad
Mes: ~~Agosto~~ Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	SALOMÉ SALAS MARÍN
Número de identificación:	1015487638

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Sandra G.	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5	Sandra G.	
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4	Sandra G.	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Sandra G.	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	3	Sandra G.	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	4	Sandra G.	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4	Sandra G.	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Sandra G.	
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	4	Sandra G.	Novedad
Mes: ~~Agosto~~ Semana del 04 al 08	4		Sandra G.	
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	SAMANTHA BAQUERO CORRALES
Número de identificación:	1243860403

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4		
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	4		Certificado médico
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4		
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	4		
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4		
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5		
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4		
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5		
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	4		
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4		
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código:
		Versión: 1
		Fecha: mayo de 2025
		Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	YORFRAN GERARDO MAITA GOMEZ
Número de identificación:	0

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Guelmis	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5	Guelmis	
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	4	Guelmis	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Mathe Jaca	Navedad
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	4	Guelmis	
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5	Guelmis	
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	4	Guelmis	
Mes: Julio Semana del 21 al 28	5	4	Guelmis	Navedad
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	4	Guelmis	Navedad
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	4	Mathe Jaca	
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA	Código: Versión: 1 Fecha: mayo de 2025 Página: 1 de 1

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ZOE LUCIANA SANDOVAL CENTENO
Número de identificación:	1243860902

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Junio Semana del 03 al 06	4	4	Mail Saul	
Mes: Junio Semana del 09 al 13	5	5	Mail Saul	
Mes: Junio Semana del 16 al 20	4	3	Mail Saul	Novedad.
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	2	Mail Saul	
Mes: Julio Semana del 01 al 04	4	3	Mail Saul	Novedad.
Mes: Julio Semana del 07 al 11	5	5	sofia centeno z.	
Mes: Julio Semana del 14 al 18	4	3	Mail Saul	Novedad
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	sofia Centeno z	
Mes: Julio Semana del 28 al 01	5	5	sofia Centeno z.	
Mes: Agosto Semana del 04 al 08	4	2	Mail Saul	
Mes: Agosto Semana del 11 al 15				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	DANIEL JOSÉ NUÑEZ CABRERA
Número de identificación:	1066359836

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Semana del 14 al 17	4	2		Ingreso el 15/07 Solicita retiro 16/07.
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y numero de identificacion: RC 1022450924	
Paciente: ELIAS MARTIN VERGARA PARRA	
Fecha y hora de nacimiento (dd/mm/aaaa hh:mm): 01/06/2021	
Edad y Genero: 4 Años, Masculino	
Identificador unico: 2468748-1	Responsable: SALUD TOTAL EPS S S A (SUBSIDIADA)

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD

Fecha: 11/07/2025 07:32 - Sede: FUND HOSPITAL INFANTIL UNIV DE SAN JOSE - Ubicacion: HOSPITALIZACION 2 PISO - Servicio: HOSPITALIZACION 2 PISO - Habitacion/Cama: 252A

Certificado de incapacidad - UROLOGIA

Información del prestador de servicios de salud
Razon social: FUND HOSPITAL INFANTIL UNIV DE SAN JOSE
NIT: 900098476
Codigo del prestador de servicios de salud: 110011613301
Entidad promotora de salud: SALUD TOTAL EPS S S A (SUBSIDIADA)
Lugar de expedición: BOGOTA
Fecha de expedición: 11/07/2025

Informacion del paciente
Nombre del afiliado: ELIAS MARTIN VERGARA PARRA
Tipo de documento: RC
Numero de documento: 1022450924

Grupo de servicios: Quirurgico
Modalidad de la prestación del servicio: Intramural

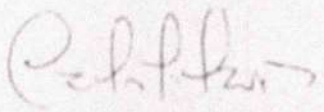
Diagnóstico principal: Q548

Presunto origen de la incapacidad: Comun
Causa que motiva la atención: con acompañante

Fecha de inicio de la incapacidad: 10/07/2025
Fecha de terminación de la incapacidad: 08/08/2025
Dias de incapacidad: 30
Prorroga: Si
Incapacidad retroactiva: 01. Urgencias o internacion del paciente

Observaciones:

La institución de acuerdo con lo establecido en el Decreto 1427 de 2022 informa que el periodo para expedición de incapacidades por parte del médico tratante es de máximo 30 dias
dicha incapacidad se puede prorrogar segun criterio clinico, por periodos de hasta treinta (30) dias cada uno



Firmado por: CARLOS ALBERTO LARIOS GARCIA, UROLOGIA, Registro 79557883, CC 79557883, el 11/07/2025 07:33

Firmado electronicamente

Documento impreso al dia: 11/07/2025 07:33:32

FOR-GD-002

BÚSQUEDA ACTIVA

FECHA: Bogotá 31 de julio 2025

LUGAR: Jardín Chaminade Voz de Alerta

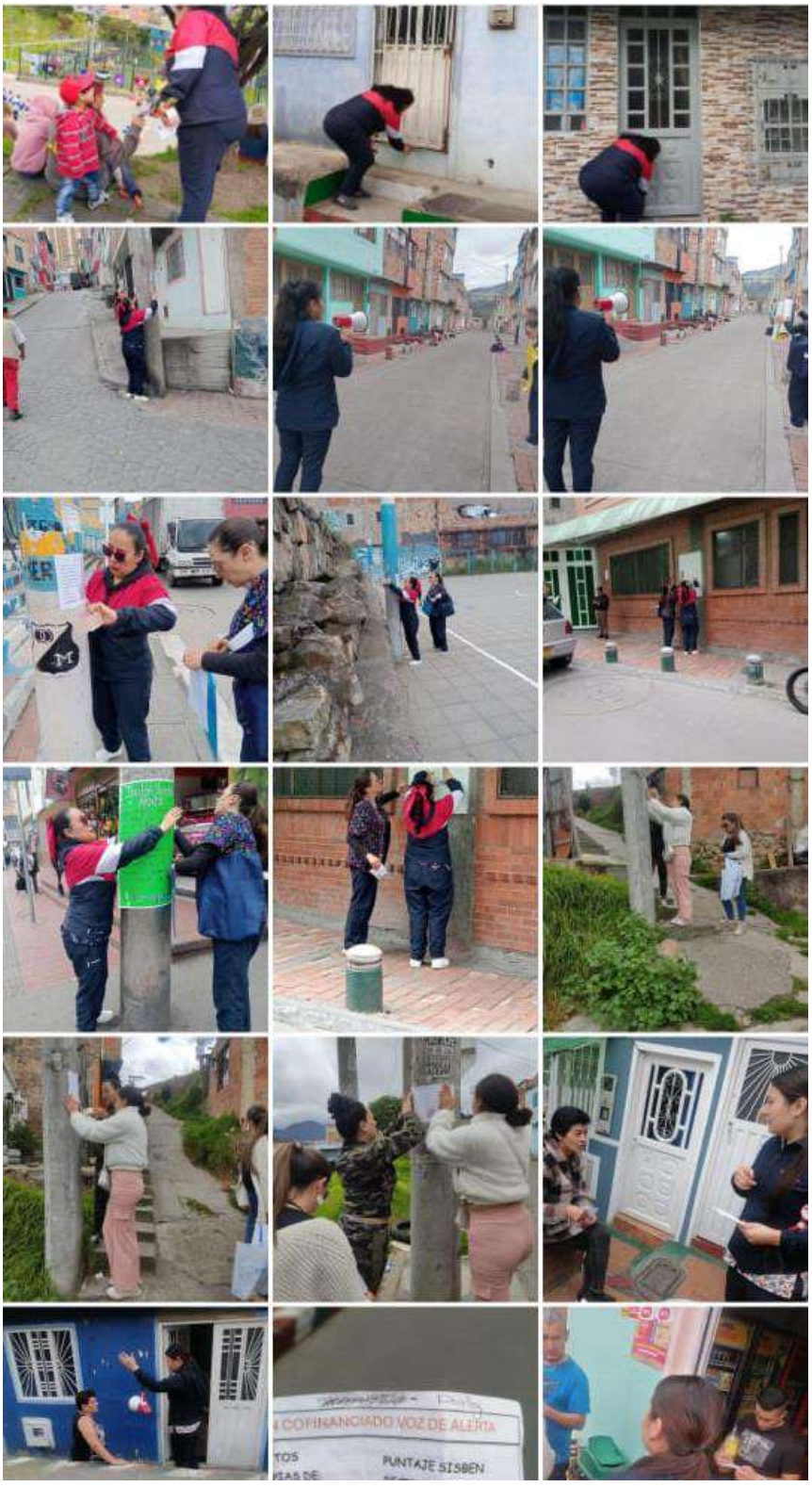
TEMA: Búsqueda activa

OBJETIVO: Realizar la búsqueda de niños que estén sin servicio en atención la primera infancia y vincularlos de manera ágil para poder garantizar el cuidado a los participantes.

DESARROLLO:

El talento humano de la unidad operativa realizó búsqueda activa por turnos en los barrios aledaños (Palermo sur, Danubio, parte de la fiscala, La paz y sus sectores) y en la siguiente fecha 04-18-30/07/2025 por medio de volantes, recorrido con anuncios y promoción a través de megáfono, se publicó publicidad en varios postes de luz, negocios, y se entregaron volantes a la comunidad, además contamos con una cartelera informativa a la entrada del jardín.

Durante el recorrido se tomaron datos de familias interesadas, a quienes se llamaron para realizar las inscripciones.


COFINANCIADO VOZ DE ALERTA
PUNTAJE SISBEN

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO GESTIÓN DOCUMENTAL FORMATO PLANILLA DE ASISTENCIA	Código: FOR-GD-023 Versión: 1 Fecha: Memo I2023023863 - 14/08/2023 Página: 1 de 1

Tema: Busqueda activa Lugar: JIC VOZ DE ALERTA Fecha y hora: 31 - 07 2023 .

Ítem	Nombres y Apellidos	Documento de identidad	Entidad o Dependencia	Rol / Cargo	Planta / Contratista	Correo electrónico	Teléfono y Ext. / Celular	Firma
1	Solanlly Paola Cervera Chisco	40.188.019	JIC VOZ DE ALERTA	Profesional ó Técnica de Atención a la PI	Contratista	solanllycervera@hotmail.com	3103046558	
2	Doris Yasmin Insuasti Granados	52.243.150	JIC VOZ DE ALERTA	Profesional ó Técnica de Atención a la PI	Contratista	yasmininsuasty@gmail.com	3163372725	
3	Diana Marlen Beltrán Ballesteros	52.821.972	JIC VOZ DE ALERTA	Profesional ó Técnica de Atención a la PI	Contratista	Dianamarlen83hotmail.com	3213671386	
4	Angie Lorena Moreno Martínez	1.023.933.701	JIC VOZ DE ALERTA	Profesional ó Técnica de Atención a la PI	Contratista	Angieyloren_15@hotmail.com	3212428474	
5	María Consuelo Ospina Rodríguez	52.127.233	JIC VOZ DE ALERTA	Profesional ó Técnica de Atención a la PI	Contratista	njdconsuelo@gmail.com	3224120302	
6	Mónica Rodríguez Acosta	52.115.894	JIC VOZ DE ALERTA	Profesional ó Técnica de Atención a la PI	Contratista	rodrimonik0522@gmail.com	3108741252	
7	Katherine Sierra Dulcey	1.033.766.354	JIC VOZ DE ALERTA	Auxiliar Pedagógica	Contratista	Ksierradulcey6@gmail.com	3223159557	
8	Paula Alejandra Castro Camayo	1.000.785.126	JIC VOZ DE ALERTA	Personal de Servicios de Alimentos	Contratista	alejandra.27.d11@gmail.com	3203529292	
9	Wendy Yolany Pizarro Mateus	1.033.726.312	JIC VOZ DE ALERTA	Personal de Servicios de Alimentos	Contratista	wennmateus@hotmail.com	3102258985	
10	Martha Isabel Herrera González	52.362.762	JIC VOZ DE ALERTA	Personal de Servicios de Generales	Contratista	maishergon@gmail.com	3104828350	
11	Sandra Milena Tejedor Vargas	1.022.931.838	JIC VOZ DE ALERTA	Personal de Servicios de Generales	Contratista	dioniciovillalobos3@gmail.com	3125542682	
12	Adriana Lorena Pajoy Pineda	1.023.947.095	JIC VOZ DE ALERTA	Auxiliar Administrativa	Contratista	pajoyadrianalorena@gmail.com	3002407726	
13	Xiomara Alexandra Pinzón Niño	52.857.996	JIC VOZ DE ALERTA	Responsable del Servicio	Contratista	xiomitoaat@gmail.com	3107695594	
14								

Tratamiento de datos personales: Los datos personales aquí consignados tienen carácter confidencial, razón por la cual es un deber y un compromiso de los asistentes y de la SDIS no divulgar información alguna en propósito diferente a la de este registro so pena de las sanciones legales a que haya lugar de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 y Decreto 1377 de 2013.

FORMATO DE INFORME MENSUAL
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Nombre de la unidad operativa:	JIC VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
Periodo del informe:	JULIO

2. ANALISIS DE RESULTADOS

Durante el periodo de julio se evidenció que la asistencia de los participantes es intermitente, las familias manifiestan diversas eventualidades de salud o familiares, ante esto también se generaron suspensiones, sin embargo, se motivó a continuar con la asistencia de las niñas y niños, reconociendo la importancia de los procesos que se plantean en el jardín para un desarrollo integral de sus hijos.

Por otra parte, se realizó búsqueda activa a fin de lograr completar los niños faltantes, teniendo en cuenta que el jardín ha contado con la cobertura, pero las familias son muy flotantes, ante ello es imposible convencerlos que no se vayan de la localidad, a otras ciudades o países, estas situaciones se dan por búsqueda de mejores condiciones laborales y en ocasiones por conflictos familiares.

En cuanto a las inasistencias recurrentes, se realizaron visitas domiciliarias en compañía de la profesional en psicología motivando a las familias que presentan está situación para que los participantes asistan de manera regular, además, se realizaron las correspondientes llamadas a las familias motivando en la mañana a fin de conocer los motivos por los que el niño o niña no asiste, y se ofrece la atención del participante así sea que llegue un poco más tarde, con el fin de que sea aprovechado el servicio y goce de los beneficios de asistencia al jardín .

3. RECOMENDACIONES

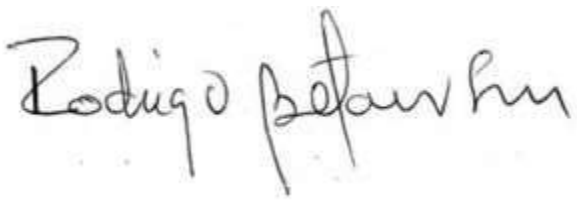
Se continuará motivando a las familias para que apoyen la asistencia permanente, invitándolos a ser más participes de las actividades y aprendizajes de sus niños, se continuará con las búsquedas activas para cumplir con la totalidad de los participantes.

4. INASISTENCIAS JUSTIFICADAS

NIVEL	NOMBRE PARTICIPANTE	JUSTIFICACIÓN (Incapacidad, calamidad, restablecimiento de derechos)	FECHAS DE INASISTENCIA
Párvulos B	ALLISON SOFIA LEON BAUTISTA	INCAPACIDAD DEL 08 al 14 de julio 2025	9 al 11 de julio 2025
Pre jardín A	SAMUEL JAVIER ORJUELA ALVAREZ	INCAPACIDAD DEL 29 julio AL 4 de agosto 2025	14 al 17 de julio 2025
Pre jardín B	BRIAN ADRIAN GUERRA ZABALA	INCAPACIDAD DEL 14 al 17 julio 2025	30 al 31 de julio 2025

5. ANEXOS

1. Formatos de asistencia firmados por las familias.
2. Fotografías diarias de los asistentes
3. Acta de búsqueda activa
4. Novedades y soportes de inasistencias



_____

FIRMA DE LA REPRESENTACIÓN LEGAL