ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL

PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL

FORMATO REGISTRO DIARIO DE ASISTENCIA JARDINES INFANTILES

Codigo: FOR-PSS-160
Versión: 3
Fecha: Marzo 05/2401/7078 - 24/05/2024
Página: 1 de 1

Razón social de la unidad operativa: **FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA** Nivel: **PREJARDIN**

Operador: **JARDIN INFANTIL COFINANCIADO FANA** Grupo: 2 **4**

Persona atención a la primera infancia: **DIANA PATRICIA MUÑOZ G.** Mes: **JULIO** Año: **2025**

CONVENCIONES: A: ASISTIO D: DIGESTIVA E: ERUPTIVA N: NO MEDICAS O: OSTEOMUSCULAR P: OTRAS PATOLOGIAS MEDICAS R: RESPIRATORIA S: SUSPENDIDO EG: EGRESADO X: INASISTENCIA SIN JUSTIFICACION

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | No. DOCUMENTO ID | PRIMERA SEMANA | | | | | SEGUNDA SEMANA | | | | | TERCERA SEMANA | | | | | CUARTA SEMANA | | | | | QUINTA SEMANA | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V | L | M | M | J | V |
| 1 | JOHASLY ALEXANDRA ARIZA PULGAR | CD 584189 | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 2 | JOSUE BARRAGAN MANZANARES | 1233922704 | | A | A | N | N | A | A | A | A | A | N | N | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 3 | ISABELLA CAÑON BELLO | 1031858439 | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 4 | LAURA VALENTINA CAVIEDES MUÑOZ | 1145738004 | | N | N | A | A | A | A | A | A | A | N | N | A | A | | A | A | N | A | A | N | N | N | N | |
| 5 | LIAM EMMANUEL COMETA VARGAS | 1019160565 | | | | | | | | | | | A | A | A | A | | N | N | A | A | A | A | N | A | A | |
| 6 | KAROLISABELLA COY ESCOBAR | 1032945304 | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 7 | ANNYE SOFIA GUZMAN SIMANCA | 1068673870 | | N | N | A | A | A | P | A | A | N | A | A | A | N | | A | A | N | A | A | N | A | A | A | |
| 8 | LUCIANA HERNANDEZ SUAREZ | 1013282540 | | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | |
| 9 | BENJAMIN HERNANDEZ GUERRERO | 1233922830 | | A | N | A | N | A | A | A | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 10 | ELIAM KARIME LOPEZ BUITRAGO | 1243760408 | | N | P | P | P | A | A | A | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | A | A | N | A | A | A | |
| 11 | LIZETH CAMILA LOPEZ CARDENAS | 1070309351 | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | |
| 12 | LIAM MARTIN MANCHEGO RODRIGUEZ | 1031858317 | | A | N | A | A | A | A | A | A | A | N | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 13 | JAILY DEL JESUS MARCANO GONZALEZ | 1014746964 | | A | A | A | N | A | N | A | A | A | A | A | A | A | | N | A | A | A | A | N | A | A | A | |
| 14 | THOMAS YADIEL MEJIAS JIMENEZ | 1031858399 | | A | A | A | N | A | N | A | N | N | A | N | A | A | | A | A | A | A | A | A | N | A | A | |
| 15 | EMILY ANTONELLA NIETO PEÑA | 1145230236 | | N | N | N | N | N | N | N | A | A | N | A | N | A | | N | A | N | N | A | A | N | A | A | |
| 16 | MIGUEL ANGEL NUÑEZ CRUZ | 1013282609 | | N | N | A | A | A | A | A | N | N | A | A | A | A | | A | A | A | A | N | A | A | A | A | |
| 17 | DAILETH MARCELA OSPINA OSORIO | 1053129480 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | A | A | |
| 18 | ANTONELLA PEÑA SALDARRIAGA | 1070928463 | | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | E6 | |
| 19 | AILEN SOFIA PRIETO DIAZ | 1104714235 | | A | N | N | N | A | A | A | A | A | A | A | A | A | | A | A | A | N | A | N | P | P | P | |
| 20 | DILAN MATEO RODRIGUEZ ASCENCIO | 1031858170 | | A | N | A | A | N | N | N | A | A | N | A | N | A | | N | A | N | A | A | A | A | A | A | |
| 21 | SARA SOFIA SANCHEZ MEDINA | 1031859335 | | N | N | N | N | A | A | A | A | A | N | A | A | A | | A | A | A | A | A | A | A | A | A | |
| 22 | EMMA LINETD SANCHEZ TRIANA | 1070710036 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | A | |
| 23 | EMMANUEL VEGA BUITRAGO | 1031858283 | | A | A | A | N | A | A | N | A | A | A | N | A | A | | A | A | A | A | N | A | A | A | A | |
| | TOTAL | | | 11 | 9 | 12 | 8 | 15 | 12 | 14 | 15 | 14 | 12 | 14 | 16 | 17 | | 14 | 19 | 14 | 16 | 16 | 13 | 13 | 19 | 18 | |

Diana Patricia Muñoz G.
FIRMA PROFESIONAL O TÉCNICA(O) A CARGO DEL GRUPO

Francia Rodriguez Toscano
FIRMA RESPONSABLE UNIDAD OPERATIVA

OBSERVACIONES: La participante Liam Emmanuel cometa Vargas ingresa el 29 Julio
La participante Daileth Marcela Ospina Osorio ingresa el 30 de Julio
La participante Emma Linetd Sanchez Triana ingresa el 31 de Julio

MD Carolina Jiménez Martínez
RNEC 63321
Universidad Nacional de Colombia
31-07-2025

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Daileth Marcela OSPINO OROZCO |
| **Número de identificación:** | 1053129980. |

Pre-Jardin 4.

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | N/A | NO APLICA | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | N/A | NO APLICA | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | N/A | NO APLICA | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | N/A | NO APLICA. | NO APLICA. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 2 | Angie Orozco | Ingresa el 30 de Julio al Jardin. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Emma Jineth Sanchez Triana |
| **Número de identificación:** | 1073710036. |

Pre-Jardin 4

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | N/A | NO APLICA | NO APLICO |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | N/A | NO APLICA | NO APLICO |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | N/A | NO APLICA | NO APLICO |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | N/A | NO APLICA | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 1 | cc 1073707383 Jasbleidy Triana | inicia el dia de hoy 31 Julio. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Laura Valentina cavieles MUÑOZ |
| **Número de identificación:** | 1195738004 |

Pre-Jardin 4

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 2 | Sandra Muñoz | Falto 2 dias cuidado en casa. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5. | Sandra Muñoz | NO APLICA. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 2 | Sandra Muñoz | Falto 2 cuidado en casa. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 4 | Sandra Muñoz | Falto 1 cuidado en casa. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 0 | NO APLICA. | se encuentra proceso de Traslado. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Liam Emmanuel Cometa Vargas |
| **Número de identificación:** | 1019166665 |

Pre Jardin 4

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | NO A/P | NO APLICA | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | NO A/P | NO APLICA | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 | Jeimmy morales | No APlico. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 3 | Jeimmy morales | Falto 2 Dias cita medica. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 3 | Jeimmy morales | Falto 1 dia cuidado en casa. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL | FORMATO DE SEGUIMIENTO CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA | Código:<br>Versión: 1<br>Fecha: mayo de 2025<br>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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Lohasly Alexandra Arrieta Pulgar. |
| **Número de identificación:** | CD 589189 |

Pre-Jardin 4.

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 4 | | NO APLICA. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5. | | NO APLICA. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 | | NO APLICA. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | | NO APLICA. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Josue Barragan Manteneres. |
| **Número de identificación:** | 1233922704 |

Pie Jardin 4

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 2 | Valeria Pineda. | Falto 2 dias comparte en familia. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5. | Valeria Pineda. | No Aplica. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 2 | Valeria Pineda. | Falto 2 comparte con Padre. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | Valeria Pineda | No Aplica. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | Valeria Pineda | No Aplica. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Isabella coñon Bello. |
| **Número de identificación:** | 1031859439 |

Pre Jardin 4

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 4 | | NO APLICA. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5 | Sarith Nuñez | NO APLICA. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 | Kely Bello P. | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | Kely Bello P | NO APLICA. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | Kely Bello P. | NO APLICA. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Karol Isabella coy Escobar. |
| **Número de identificación:** | 1032946359 |

Pie Jardin 4

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 4 | | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5. | | NO APLICO. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 | | NO APLICA. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | | NO APLICA. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | | NO APLICA. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Annye Sofia Guzman Simanca. |
| **Número de identificación:** | 1068673870 |

Pre Jardin 4

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 2 | Jaider | Falto 2 dia compartir en familia y casa |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 3 | [illegible] | Falto 2 dias por compartir. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 3. | [illegible] | Falto 1 dia compar. tir familia. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 4 | Guzmán | Falto 1 cuidado en casa. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 3 | Guzmán | Falto 1 dia calamidad Familiar. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Luciana Hernandez Suarez. |
| **Número de identificación:** | 1013282590 |

Pre Jardin 4.

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 0 | No Aplica | No Aplica. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 0 | No Aplica | Egreso. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 0 | No Aplica | Egreso |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 0 | No Aplica | Egreso |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 0 | No Aplica | Egreso. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Benjamin Hernandez Guerrero |
| **Número de identificación:** | 1233922886 |

Pre-Jardin 4.

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 2 | Paola Guerrero | Falto 2 Dias cuidado en casa |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5 | Paola Guerrero | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 | Paola Guerrero | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | Paola Guerrero | NO APLICA. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | Paola Guerrero. | NO APLICA. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Eliam Karime Lopez Buitrago |
| **Número de identificación:** | 1293760908 |

Pre Jardin 4.

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 0 | Juan Camilo Lopez Hernandez | Incapacidad Hospitalizacion 1 de Julio |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5. | Camilo Hernandez | NO APlica |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 | Camilo Hernandez | NO APlica |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | Leidy Johana B | NO APlica. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 3 | Leidy Johana B | Falto 1 dia viaje Familiar. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Uzeth Camila lopez cardenas. |
| **Número de identificación:** | |

Pie tardin 4.

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 0 | NO APLICA | suspendido. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 0 | NO APLICA | suspendido. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 0 | NO APLICA | suspendido. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 0 | NO APLICA | suspendido. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 0 | NO APLICA | EGreso |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Cam Martin Manchego Rodriguez |
| **Número de identificación:** | 1031858317 |

Pre-Jardin 4.

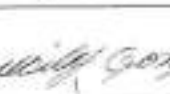
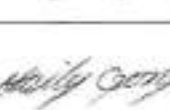
| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 3 | GRETEL RODRIGUEZ 1014201694 BTA. | Falto uno compartir en familia |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5. | Joz Elena Manchego | NO APlica. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 3. | GRETEL RODRIGUEZ. | Falto 1 dia compartir en familia. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | Luz Elena Manchego | NO APlica. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | GRETEL RODRIGUEZ. | NO APlica |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Jaily del Jesus Marcano G. |
| **Número de identificación:** | 1047496969 |

Pre Jardin 4.

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de dias de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 3 |  | Falto 1 dia no tenia acudiente. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 4 |  | Falto 1 dia no tenia acudiente. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 |  | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 4 |  | cuidado en casa Falto 1 dia. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 3 |  | Falto 1 dia cuidado en casa. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Thomas Yadiel Mejias Jimenez |
| **Número de identificación:** | 1031868399 |

Pre-Jardin 4.

| Fecha | No. de dias hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 3 | Yenny de Lopez | Falto 1 dia comparte en familia. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 2 | Yenny Montoya | Falto 3 dias compartir en familia. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 3. | Yenny Montoya | Falto 1 dia cuidado en casa. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | Yenny de Lopez | NO APLICA |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 3 | Yenny de Lopez | Falto 1 dia compartir en familia. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Emily Antonella Nieto Peña. |
| **Número de identificación:** | 1146230236. |

Pre Jardin 4.

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 0 | Mayra L. Peña | cuidado en casa. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 2 | Mayra L. Peña | 3 días cuidado en casa Carta. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 2. | Mayra L. Peña | Falta 2 días cuidado en casa. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 2 | Mayra L. Peña | Falta 3 días compar. fir en familia. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 3 | Mayra L. Peña | Falta 1 día no tenia acudiente. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Miguel Angel Nuñez Cruz. |
| **Número de identificación:** | 1013 282 609 |

Pre-Jardin 4.

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 2 |  | Falto 2 dias compartir en Familia. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 3 |  | Falto 2 Dias viaje Familiar. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 |  | NO APlico. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 4 |  | Falto 1 dia cita medica. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 |  | No Aplica. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Antonella Peña Saldarriaga. |
| **Número de identificación:** | 1070928463. |

Pre-Jardin 4.

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 0 | NO APLICA | Suspendida |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 0 | NO APLICA | Suspendido. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 0 | NO APLICA | Suspendido. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 0 | NO APLICA | Suspendido. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 0 | NO APLICA. | Egreso |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Allen Sofia Prieto Diaz |
| **Número de identificación:** | 1104714235 |

Pre-Jardin 4.

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 1 | Andrea Prieto | cuidado en casa y cita medica. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5 | Lizeth D. | No Aplica |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 4 | Lizeth D. | No Aplica. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 4 | Andrea Prieto Lizeth D. | falto 1 dia cita medica. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 0 | Lizeth D. | Incapacidad medica. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Dilan Mateo Rodriguez Ascencio |
| **Número de identificación:** | 1031868170 |

Pie Jardin 4

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 3 | Luz Marina | Falto 1 dia terapia eps. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 2. | Nury Ascencio | Falto 3 dia terapia y cuidado casa. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 2 | Nury Ascencio | Falto 2 por terapia eps. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 3 | Nury Ascencio | Falto 2 dias terapia eps. |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | Nury Ascencio | No aplica. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Sara Sofia Sanchez Medina. |
| **Número de identificación:** | 1031859335 |

Pre Jardin 4

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 0 | Alfonso Sanchez | Viaje familiar. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 5. | Alfonso Sanchez | NO APLICO. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 3. | Alfonso Sanchez | Falto 1 CHC medica |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 5 | Alfonso Sanchez | No aplica |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | Jair Mary H. | NO APLICA |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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:** | FANA |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | FUNDACION PARA LA ASISTENCIA DE LA NIÑEZ ABANDONADA |
| **Nit:** | 860032186-9 |
| **Número de convenio:** | 8421 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Emmanuel Vega Buitrago. |
| **Número de identificación:** | 1031868283 |

Pre-Jardin A

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: Julio semana del 01 al 04 | 4 | 3 | Margarita Ruiz | Falto 1 dia NO tenia acudiente. |
| Mes: Julio semana del 07 al 11 | 5 | 4 | Gilma Buitrago | Falto 1 dia NO tenia acudiente. |
| Mes: Julio semana del 14 al 17 | 4 | 3. | Margarita Ruiz | Falto 1 dia no tenia acudiente. |
| Mes: Julio semana del 21 al 25 | 5 | 4 | Margarita Ruiz | Falto 1 dia no tenia acudiente |
| Mes: Julio semana del 28 al 31 | 4 | 4 | Margarita Ruiz | NO APlica. |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



PRE JARDIN 4. 01-07-2025. ASISTENTES: 11



PRE JARDIN 4. 02-07-2025. ASISTENTES: 7



PRE JARDIN 4. 03-07-2025. ASISTENTES: 12



PRE JARDIN 4. 04-07-2025. ASISTENTES: 8



PRE JARDIN 4. 07-07-2025. ASISTENTES: 15



PRE JARDIN 4. 08-07-2025. ASISTENTES: 12



PRE JARDIN 4. 09-07-2025. ASISTENTES: 14



PRE JARDIN 4. 10-07-2025. ASISTENTES: 15




PRE JARDIN 4. 11-07-2025. ASISTENTES: 14



PRE JARDIN 4 . 14-07-2025. ASISTENTES:12



PRE JARDIN 4 . 15-07-2025. ASISTENTES:14



PRE JARDIN 4 . 16-07-2025. ASISTENTES:16



PRE JARDIN 4 . 17-07-2025. ASISTENTES:17



PRE JARDIN 4 . 21-07-2025. ASISTENTES:14



PRE JARDIN 4 . 22-07-2025. ASISTENTES:17



PRE JARDIN 4 . 23-07-2025. ASISTENTES:14



PRE JARDIN 4 . 24-07-2025. ASISTENTES:16



PRE JARDIN 4 . 25-07-2025. ASISTENTES:16



PRE JARDIN 4 . 28-07-2025. ASISTENTES:13



PRE JARDIN 4 . 29-07-2025. ASISTENTES:13



PRE JARDIN 4 . 30-07-2025. ASISTENTES:17



PRE JARDIN 4 . 31-07-2025. ASISTENTES:18