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	°aledandrinavega	Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Angie Zambrano.	
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	4	aledandrina vega z	
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	0	.	Novedad
Mes: Agosto Semana del 25 al 29	5	0		Novedad.
Mes: septiembre Semana del 01 al 05	5	0		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:	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: Agosto Semana del 25 al 29	5	3		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	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 __				
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: Junio Semana del 16 al 19	4	3		Novedad
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	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		Novedad.
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	0		
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	3		Novedad

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: Agosto. Semana del 25 al 29	5	5		
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	5		
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:	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 reporte
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.
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	0		Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	0		Novedad
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	3		Novedad.
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	3		Novedad

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:	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			Cartaretivo
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: Agosto Semana del 25 al 29	5	4		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	5		
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 __				

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 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		Novedad
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	4		
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	3		Novedad

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: Agosto. Semana del 25 al 29	5	1	Angelica	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	Angelica	
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 __				

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 enfrente.	
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 enfrente.	
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: Agosto Semana del 11 al 15	4	4	· Eugitha	
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	4	· Eugitha	

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	4		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	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 __				
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:	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	.	suspendidoviaje
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	0		Suspendido
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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5	Elias Carreño	
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	Elias Carreño	
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:	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	0	Jennycarreño	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Jennycarreño	
Mes: Junio. Semana del 16 al 19	4	4	Jennycarreño	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Jennycarreño	Novedad.
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Jennycarreño	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	4	Jennycarreño	Novedad.
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	3	Jennycarreño	Novedad.
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Jennycarreño	
Mes: Julio. Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio - Agosto Semana del 28 al 01	5	5	Jennycarreño	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Jennycarreño	
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	4	Jennycarreño	
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	4	Jennycarreño	

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5		
Mes: septiembre Semana del 1 al 5	5	4		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 __				
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
Ñúmero 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: Agosto Semana del 11 al 15	4	4		
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	4		

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5	Milena AR	
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	4	Milena AR	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 __				
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:	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: Agosto Semana del 11 al 15	4	4		
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	4		

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	4	Frangal	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	2		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 __				
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	Frangel	
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	Frangel	Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3	Frangel	Novedad.
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	3	Frangel	Novedad
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	3	Frangel	Novedad

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 MATIAS FAGUA BAUTISTA
Número de identificación:	1033832215

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		Carta de egreso
Mes: Julio Semana del 28 al 31				
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:	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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5	Diana	
Mes: septiembre Semana del 1 al 5	5	4	Diana	
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 __				

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	Oriana	Novedad
Mes: Agosto Semana del 11 al 14	4	0	Oriana	Novedad
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	3	Oriana	Novedad

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5		
Mes: septiembre Semana del 1 al 5	5	5		
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 __				

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: Agosto Semana del 11 al 15	4	4		
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	4		

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5	Angela Barragán	
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	Angela Barragán	
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 __				

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	N
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	4	Ximena Miranda.	
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	4	Angela Barragán	

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	Celinz	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	1	Celinz	Navedad.
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Celinz	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio-Agosto Semana del 28 al 01	5	4	Celinz	Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	3	Celinz	Novedad.
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	4	Celinz	
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	4	Paula vargas	
Mes: Agosto Semana del 25 al 29	5	5	Paula vargas	
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	4	Paula vargas	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:	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	Angie 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				suspendida
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:	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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5		
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5		
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 __				

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: Agosto Semana del 11 al 15	4	4		
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	4		

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5	Yeimy Paola Prieto Linares	
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	4	Yeimy Paola Prieto Linares	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 __				
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 Pada Prieto	
Mes: Junio Semana del 9 al 13	5	5	Yeimy Pada Prieto	
Mes: Junio Semana del 16 al 19	4	4	Yeimy Pada Prieto	
Mes: Junio Semana del 24 al 27	4	3	Yeimy Pada Prieto	Novedad
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	4	Yeimy Pada Prieto L.	
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	5	Yeimy Pada Prieto L.	
Mes: Julio Semana del 14 al 17	(5) 4	2		Novedad.
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Yeimy Prieto Linares	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4			Anulado
Mes: Julio - Agosto Semana del 28 al 01	5	4	Yeimy Prieto	Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	0	Yeimy Prieto.	Incapacidad
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	4	Yeimy Pada Prieto	
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	3	Yeimy Prieto L.	Novedad

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5		
Mes: Agosto/ Septiembre Semana del 01 al 04	5	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 __				
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:	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	Constanza Gonzalez	
Mes: Julio Semana del 1 al 4	4	3	Stefanya Carrillo.	Novedad
Mes: Julio Semana del 7 al 11	5	3	Constanza Gonzalez	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Constanza Gonzalez	
Mes: Julio Semana del 21 al 25	5	5	Constanza Gonzalez	
Mes: Julio Semana del 28 al 31	4		Constanza Gonzalez	Anulado
Mes: Julio - Agosto Semana del 28 al 01	5	3	Stefanya Carrillo	Novedad.
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	2	Stefanya Carrillo	Novedad
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	2	Stefanya Carrillo	Novedad
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	2	Stefanya Carrillo	Novedad

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5		
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	2	Vidente ospina	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 __				
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:	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 ferrer	
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	4	Valentina ospina.	
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	3	Valentina - ospina	Novedad

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5	Freidy G.	
Mes: septiembre Semana del 1 al 5	5	4	Freidy G.	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 __				
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:	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: Agosto Semana del 11 al 15	4	4	Freicy G.	
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	4	Freicy G.	

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5	Yanitza sotelo	
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	Mariana Guzman	
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 __				

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	Yanith soto	Novedad
Mes: Julio Semana del 14 al 17	4	4	Yanith 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: Agosto Semana del 11 al 15	4	4	Mariana Guzman	
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	4	Yanith. soto	

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5		
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	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 __				
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:	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: Agosto Semana del 11 al 15	4	3		Novedad.
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	3		Novedad

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5	[signature]	
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	[signature]	
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 __				

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	Yuley 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	Yuley Lopez	
Mes: Agosto Semana del 4 al 8	4	4	Liced Avila	
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	4	Liced Avila	
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	4	Liced Avila	

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	3	Maria Elena G.	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	Maria Elena G	
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 __				

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: Agosto Semana del 11 al 15	4	4	Maria Elena G	
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	0		incapacidad

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: Agosto Semana del 25 al 29	5	5		
Mes: septiembre Semana del 1 al 5	5	5		
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 __				

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: Agosto Semana del 11 al 15	4	4		
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	4		

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:	1033831553

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Agosto Semana del 25 al 29	5	5	Alba Gaviria	
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	3	Fredy 10102A	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 __				
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	*Fredy 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	*Alba Gaviria	Novedad.
Mes: Agosto Semana del 11 al 15	4	4	Alba Gaviria	
Mes: Agosto Semana del 18 al 22	4	3.	Alba Gaviria	novedad.