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

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	3	Dora Gómez	
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	3	Dayanna F.	
Mes: Septiem Semana del 15 al 19	4	4	Dayanna F.	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	3	Dayanna F.	Novedades
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	4	Dora G.	
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	2	Dora G.	
Mes: Octubre Semana del 13 al 17	4	3	Dora G.	Novedad
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	3	Dora G.	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	Dora G.	
Mes: Noviembre Semana del 03 al 07	4	4	Dora G.	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	Emma Campos	
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5	[illegible]	
Mes: Septiem Semana del 15 al 19	4	3	[illegible]	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	[illegible]	
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	3	Leidy barrios p.	Novedades
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	4	[illegible]	
Mes: Octubre Semana del 13 al 17	4	4	[illegible]	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	[illegible]	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5.	Emma Campos	
Mes: Noviembre Semana del 03 al 07	4	4	Emma Campos.	
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:	ANDREA VALENTINA BAEZ RODRIGUEZ
Número de identificación:	0

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	Marlens R.	
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5	Marlens R.	
Mes: Septiem Semana del 15 al 19	4	3	Marlens R.	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Andres B.	
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	5	Marlens R.	
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	5	Andres B.	
Mes: Octubre Semana del 13 al 17	4	4	Marlens R.	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	Marlens R.	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	Marlens R.	
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	4	Marlens R.	
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:	ALLISON ANNALERT BAZAN CORDERO
Número de identificación:	1031187469

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	Leonor B.	
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5	Maribel Cordero	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	4	Leonor Bazán	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Maribel Cordero	
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	5	Leonor Bazán	
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	5	Leonor Bazán	
Mes: Octubre Semana del 13 al 17	4	4	Leonor Bazán	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	Maribel Cordero	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	Maribel Cordero	
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	4	Leonor Bazán	
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:	ALEX EMMANUEL CADENA CONTRERAS
Número de identificación:	1023048151

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	0	Betania Contreras	
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5	[illegible]	
Mes: Septiemb Semana del 15 al 19	4	4	Betania Contreras	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	1	Betania Contreras	
Mes: Septiembre octubre Semana del 29 al 3	5	4	M.Cadena	navidad
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	4	M.Cadena	
Mes: octubre Semana del 13 al 17	4	4	M.cadena	
Mes: octubre Semana del 20 al 24	4	4	M.Cadena	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	4	[illegible]	
Mes: noviembre Semana del 01 al 07	4	3	M.Cadena	navidad
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:	DANNA XIOMARA VEGA HERRERA
Número de identificación:	1070709997

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	2	Monica andrea Hernandez	Novedades
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5	Yesica Sanchez Herrera	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	4	Monica andrea Hernandez	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Monica andrea Hernandez	
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	4	Monica andrea Hernandez	
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	3	Monica andrea Hernandez	
Mes: Octubre Semana del 13 al 17	4	2	Monica andrea Hernandez	Novedades
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	1	Monica andrea Hernandez	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	Monica andrea Hernandez	
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Sep-oct Semana del 29 al 3	5			
Mes: octubre Semana del 6 al 10	5	3		Novedades
Mes: Octubre. Semana del 13 al 17	4	0		Novedades
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	0		
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	0		Suspendida
Mes: Noviembre Semana del 01 al 07	4	0		Suspendida
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 SOFIA DE LA CRUZ CARREÑO
Número de identificación:	1063976909

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	4	Liliana Carreño	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Liliana Carreño	
Mes: Septiembre octubre Semana del 29 al 3	5	5	Liliana Carreño	
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	5	Liliana Carreño	
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	4	Liliana Carreño	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	Liliana Carreño	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	4		Novedad
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	2		Novedades
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:	EMILY ANTHONELLA QUINTERO PEÑA
Número de identificación:	1013697809

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Octubre Semana del 29 al 3	5	1	Consuelo Garces	Novedad
Mes: octubre Semana del 6 al 10	5	5	Consuelo Garces	
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	4	Consuelo Garces	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	Consuelo Garces	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	* Yadira Peña	
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	4	Consuelo Garcés	
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:	LUZ MAURY OSPINA BORJA
Número de identificación:	1074019092

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5	Luz Borja	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	2	Luz Borja	Novedades
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Luz Borja	
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	3	Luz Borja	Novedades
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	4	Luz Borja	
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	4	Luz Borja	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	0	Luz Borja	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	4	Luz Borja	Novedad
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	3		Novedad
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:	CRISTIAN JESUS POLANCO POLANCO
Número de identificación:	0

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	4	Milo	Novedad
Mes: Octubre Semana del 13 al 17	5	5	Milo	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	Milo	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	4	Milo	Novedad
Mes: Noviembre Semana del 03 al 07	4	0		Suspendido
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:	OSMARIEL SARAI RAMIREZ AGUILAR
Número de identificación:	1240695967

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	2	- Oscar Ramirez	Novedad
Mes: septiembre Semana del 22 al 26	5	5	- Oscar Ramirez	
Mes: septiembre octubre Semana del 29 al 3	5	3	- Oscar Ramirez	Novedades
Mes: octubre Semana del 6 al 10	5	5	Oscar Ramirez	
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	1	Oscar Ramirez	Novedades
Mes: octubre Semana del 20 al 24	4	4	Oscar Ramirez	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	4	Oscar Ramirez	Novedad
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	3	Oscar Ramirez	Novedad
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	4		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5		
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	3		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	4		Novedad
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	4		Novedad
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	4		
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4		
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	4		Novedad
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	3		Novedad
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 JAVIER ORJUELA ALVAREZ
Número de identificación:	1243860542

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	David Gomez	
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5		
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	3		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	4		Novedad
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	4		Novedad
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	5		
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	3		Novedad
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4		
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5		
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	3	ANGIE DELGADILLO	Novedades
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	3	ANGIE DELGADILLO	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	4	ANGIE DELGADILLO	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	4	ANGIE DELGADILLO	Novedad
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	5	Julio Alvarez	
Mes: octubre Semana del 6 al 10	5	5	ANGIE DELGADILLO	
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	3	Julio Alvarez	Novedad
Mes: octubre Semana del 20 al 24	4	4	Julio Alvarez	
Mes: Octubre Semana del 27 a 31	5	5	Julio Alvarez	
Mes: noviembre Semana del 03 al 07	4	0		Novedades
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	CHAMINADE VOZ DE ALERTA
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8407
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	LUIS FERNANDO LÓPEZ GALVAN
Número de identificación:	1067644589

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	3	Jesus Dayana	Novedades
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	3	Jesus Dayana	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	2	Jesus Dayana	Novedades
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	2	Jesus Dayana	Novedades
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	2	Jesus Dayana	
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	2	Jesus Dayana	
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	2	Jesus Dayana	Novedad
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	2	Jesus Dayana	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	0	Jesus Dayana	Novedades
Mes: Noviembre Semana del 02 al 07	4	2	Jesus Dayana	Novedades
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	Kelly Silva	
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	1	Kelly Silva	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	4	Kelly Silva	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Kelly Silva	
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	3	Kelly Silva	Soporte
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	4	Kelly Silva	
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	4	Kelly Silva	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	Gabriel Cotes	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	Gabriel Cotes	
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	3	Kelly Silva	Navidad
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:	JULIETA SANDOVAL RAMIREZ
Número de identificación:	1070333908

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	4	Sergio Bonilla	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5	Valentina Ramirez	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	3	Valentina Ramirez	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Valentina Ramirez	
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	2	Valentina Ramirez	Novedades
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	5	Valentina Ramirez	
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	4	Valentina Ramirez	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	Valentina Ramirez	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	Valentina Ramirez	
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	4	Valentina Ramirez	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	4		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5.		
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	3		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	4		Novedad
Mes: Septiembre octubre Semana del 29 al 3	5	4		Novedad
Mes: octubre Semana del 6 al 10	5	4		
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: octubre Semana del 20 al 24	4	4		
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	4		Novedad
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	4	Rosa gonzáles	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5	Rosa gonzáles	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	4	Rosa gonzáles	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	3	Rosa gonzáles	Novedades
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	3	Rosa gonzáles	Novedades
Mes: octubre Semana del 6 al 10	5	5	Aurimar Romero	
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	3	Rosa gonzáles	Novedad
Mes: octubre Semana del 20 al 24	4	4	Rosa gonzáles	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	Rosa gonzáles	
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	4	Rosa gonzáles	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5		
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5		
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	4		
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	3		Novedad
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 3	5	5		
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	5		
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4		
Mes: Octubre Semana del 31 al 31	5	5		
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	4		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	GEUCH	
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5	GEUCH	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	4	INGRID CASTILLO	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	GEUCH	
Mes: ~~Septiembre~~ Octubre Semana del 29 al 3	5	5	GEUCH	
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	5	GEUCH	
Mes: Octubre Semana del 13 al 17	4	4	GEUCH	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	GEUCH	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	GEUCH	
Mes: Noviembre Semana del 03 al 07	4	3		Novedad
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:	EMILIANO NIÑO BAQUERO
Número de identificación:	1023047255

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	5	Rosario Ruiz	
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5	MuBuK	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	4	MuBuK.	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	4	MuBuK	Novedad
Mes: Septiembre octubre Semana del 29 al 3	5	4	MuBuK	Novedad
Mes: Octubre Semana del 6 al 10	5	4	MuBuK	
Mes: Octubre Semana del 13 al 17	4	3	MuBuK	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	MuBuK	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	MuBuK	
Mes: Noviembre Semana del 03 al 07	4	4	AACh.	
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:	ELIZABETH NATTI MOLANO GARCÍA
Número de identificación:	1034405310

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	4	Gloria E Millan	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	5	Gloria E Millán	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	4	Gloria E Millán	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	2	Gloria E Millan	Soporte
Mes: Septiembre octubre Semana del 29 al 3	5	2	Gloria E Millan	Novedades
Mes: octubre Semana del 6 al 10	5	4	Natalia Garcia M	
Mes: Octubre Semana del 13 al 17	4	4	Gloria E Mi	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	3	Gloria E Mill	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	4	Gloria E Millán	
Mes: Noviembre Semana del 04 al 07	4	4	Gloria E Millan	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 1 al 5	5	2	Laura villegas	Soporte
Mes: Septiembre Semana del 8 al 12	5	4	Laura villegas	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 19	4	4	Laura villegas	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	3	Laura villegas	Novedad
Mes: Septiembre octubre Semana del 29 al 03	5	3	Laura Villegas	Soporte
Mes: octubre Semana del 6 al 10	5	0	Laura villegas	Soporte.
Mes: Octubre Semana del 13 al 17	4	4	Laura villegas	
Mes: octubre Semana del 20 al 24	4	3	Laura Villegas	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	1	Laura villegas	Soporte
Mes: noviembre Semana del 04 al 07	4	4	Laura villegas	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				