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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	5	Hortencia	
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	5	Hortencia	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	4	Hortencia	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	1	Hortencia	Novedades
Mes: Septiembre y octubre Semana del 29 al 03	5	5	Hortencia	
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	5	Hortencia	
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	4	Hortencia	
Mes: octubre Semana del 20 al 23	4	4	Hortencia	
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	4	Hortencia	
Mes: Noviembre Semana del 03 al 07	4		Milena C	
Mes: Noviembre Semana del 10 al 14				
Mes: Noviembre Semana del 17 al 21				
Mes: Semana del 24 al 28				

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	0		Incapacidad
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	4		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	0		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	1		Novedad
Mes: Septiembre 1 Semana del 29 al 03	5	5		
Mes: Octubre Semana del 06 al 10	5	4		Novedad
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	1		Novedad
Mes: Octubre Semana del 20 al 23	4	1		Novedad
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	4		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:	BRIAN DAVID OBESO MEZA
Número de identificación:	1049951076

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	5	Anyis Hern.	
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	5	Yeiner OBESO	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	4	Yeiner OBESO	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Yeiner OBESO	
Mes: septiembre octubre Semana del 29 al 03	5	3	Yeiner OBESO	Novedad
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	5	Yeiner OBESO	
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	4	Anyis H.	
Mes: octubre Semana del 20 al 24	4	4	Yeiner OBESO	
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	5	Anyis H.	
Mes: Semana del __ al __			Anyis H.	
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:	DAMIAN STIVEN SIERRA DIAZ
Número de identificación:	1171713061

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	3	Genesis Diaz	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	2	Genesis Diaz	Novedades
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	3	Genesis Diaz	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	2	Genesis Diaz	Novedad
Mes: Septiembre y octubre Semana del 29 al 03	5	1	Genesis Diaz	Novedad
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	4	Genesis Diaz	Novedad
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	3	Genesis Diaz	Novedad
Mes: octubre Semana del 20 al 24	4	3	Genesis Diaz	Novedad
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	2	Genesis Diaz	Novedades
Mes: Semana del __ al __			Genesis Diaz	
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:	DEILAN STIK DEL CASTILLO MENDEZ
Número de identificación:	1033830276

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	3	Fabiola GR	Novedades
Mes: Septembe Semana del 08 al 12	5	5	Fabiola GR	
Mes: Septiembr Semana del 15 al 18	4	4	Tatiana Mendez	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Fabiola GR	
Mes: Septiembre y octubre Semana del 29 al 03	5	5	Fabiola GR	
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	5	Fabiola GR	
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	4	sharon Velasquez	
Mes: Octubre Semana del 20 al 23	4	4	Tatiana Mendez	
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	5	Sharon Velasquez	
Mes: Noviembe Semana del __ al __	4		Tatiana Mendez	
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:	IAN SAMUEL BASTIDAS RODRIGUEZ
Número de identificación:	1025567491

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	4	Yuri Bastidas	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	4	Yuri Bastidas.	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	3	Laura tauma	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	4	Yuri Bastidas.	Novedad
Mes: Septiembre y octubre Semana del 29 al 03	5	4	Yuri Bastidas	Novedad
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	5	Yuri Bastidas:	
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	4	Yuri Bastidas	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	Yuri Bastidas	
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	5	Yuri Bastidas	
Mes: Semana del __ al __			Yuri Bastidas	
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:	ISABELLA JHOJANA RONCALLO SALCEDO
Número de identificación:	1063977011

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	3	rosa salcedo	
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	5	rosa salcedo	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	3	rosa salcedo	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	2	rosa salcedo	
Mes: Septiembre y octubre Semana del 29 al 03	5	5	rosa salcedo	
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	4	rosa salcedo	Navedad
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	4	Edwin	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	rosa salcedo	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	4	rosa salcedo	
Mes: Noviembre Semana del __ al __			rosa salcedo	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	4	Laura A Orozco	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	2	Laura A Orozco	Incapacidad
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	3	Laura A Orozco	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Flor Ortiz	
Mes: Septiembre y octubre Semana del 29 al 03	5	5	Laura A Orozco	
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	5	Laura A Orozco	
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	4		
Mes: octubre Semana del 20 al 23	4	4	Laura A Orozco	
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	5	Laura A Orozco	
Mes: Semana del __ al __			Laura A Orozco	
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				

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

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

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	4		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	5		
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	4		
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	3	Felix Niño	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 29 al 03	5	5	Felix Niño	
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	5	Felix Niño	
Mes: octubre Semana del 13 al 17	4	4	Felix Niño	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4		
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	5		
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:	SAMANTHA BAQUERO CORRALES
Número de identificación:	1243860403

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	4		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	4		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	4		
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5		
Mes: Septiembre-Octubre Semana del 29 al 03	5	5	Cristhian Gonzales	
Mes: Octubre Semana del 06 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 27 al 31	5	3		
Mes: Noviembre 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:	900065413-3
Número de convenio:	8408
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	YORFRAN GERARDO MAITA GOMEZ
Número de identificación:	0

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	4	Martha Jorane	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	5	Martha Jorane	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	4	Martha Jorane	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Franklin Maita	
Mes: Septiembre y octubre Semana del 29 al 03	5	4		
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	5		
Mes: octubre Semana del 13 al 17	4	4		
Mes: octubre Semana del 20 al 24	4	4		
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	5	Gerardo	
Mes: Semana del __ al __			Gerardo	
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:	ZOE LUCIANA SANDOVAL CENTENO
Número de identificación:	1243860902

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre 01-05 Semana del 22 al 26	5	5	Mayel Sandoval	
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	4	lina centeno z	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	4	lina centeno z.	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	lina centeno z.	
Mes: Septiembre y Octubre Semana del 29 al 03	5	4	lina centeno z.	
Mes: Octubre Semana del 06 al 10	5	5	Daniela Centeno Z	
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	4	Luisa Ramos	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	Daniela CZ.	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	Daniela CZ.	
Mes: Noviembre Semana del __ al __	4		Mayel Sandoval	
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:	SALOMÉ SALAS MARÍN
Número de identificación:	1015487638

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	3	Sandra G.	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	5	Sandra G.	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	4	Sandra G.	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Sandra G.	
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 03	5	4	Sandra G.	
Mes: Octubre Semana del 06 al 10	5	3	Sandra G.	
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	4	Sandra G.	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	3	Sandra G.	Novedad
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	Sandra G.	
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:	JEICOB THOMAS ACEVEDO MUÑOZ
Número de identificación:	1074537088

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Luz Myriam Rojas	
Mes: Sept. y oct. Semana del 29 al 03	5	4	Luz Myriam Rojas	
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	5	Luz Myriam Rojas	
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	4	Luz Myriam Rojas	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	Luz Myriam Rojas	
Mes: Octubre Semana del 27 al 31	5	5	Luz Myriam Rojas	
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:	LINA IVETTE ESCOBAR QUIÑONEZ
Número de identificación:	1011261734

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	4	Daniela Olivera	
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	5	Daniela Olivera.	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	4	Daniela Olivera	
Mes: Septiembr Semana del 22 al 26	5	5	Daniela Olivera	
Mes: Septiembre y Octubre Semana del 29 al 03	5	4	Daniela Olivera	
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	3	Daniela Olivera.	
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	4	Daniela Olivera	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	Daniela Olivera	
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	5	Daniela Olivera.	
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:	LUCAS GAEL GAUNA MARCHAN
Número de identificación:	1011420566

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	3	Julio Rondon	Navidad
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	4	Julio Rondon	Navidad
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	4	Julio Rondon	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	3	Gerardo Celis	
Mes: Septiembre Octubre Semana del 29 al 03	5	4	Gerardo Celis	Navidad
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	5	Julio Rondon	
Mes: Octubre Semana del 14 al 17	4	4	Julio Rondon	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	3	Asdrubal Marchan	Navidad
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	4	Asdrubal Marchan	Navidad
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:	ELIAS MARTIN VERGARA PARRA
Número de identificación:	1022450924

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	3	Ingrid Parra	Novedades
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	4	Ingrid Para	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	3	Ingrid Parra	Novedad
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Ingrid Parra	Novedad
Mes: Septiembre y octubre Semana del 29 al 03	5	4	Ingrid Parra	Novedad
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	5	Ingrid Parra	
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	0	Ingrid Parra	Suspendido
Mes: octubre Semana del 20 al 24	4	0	Ingrid Parra	Suspendido
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	5	Ingrid Parra	
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:	ERICK NICOLAS PÉREZ RAMÍREZ
Número de identificación:	1021696566

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	4		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	5		
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	3		
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	1		
Mes: Septiembre y octubre Semana del 29 al 03	5	5		
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	2		Novedad
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	4	Alba Ramirez	
Mes: octubre Semana del 20 al 24	4	3	Alba Ramirez	Novedad
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	4	Alba Ramirez	Novedad
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:	JOEL SANTIAGO SANTANA ZIPAQUIRÁ
Número de identificación:	1016753500

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	5	Jnonjr Santana	
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	3	Jnonjr Santana	
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	0	Jnonjr Santana	
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5	Jnonjr Santana	
Mes: Septiembre y octubre Semana del 29 al 03	5	4	Jnonjr Santana	
Mes: octubre Semana del 06 al 10	5	5	Jnonjr Santana	
Mes: octubre Semana del 14 al 17	4	4	Jnonjr Santana	
Mes: Octubre Semana del 20 al 24	4	4	Jnonjr Santana	
Mes: octubre Semana del 27 al 31	5	5	Natalia Zipaquirá.	
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:	LIAM JERONIMO RAMIREZ FIERRO
Número de identificación:	1016752959

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: Septiembre Semana del 01 al 05	5	5		
Mes: Septiembre Semana del 08 al 12	5	4		Novedad
Mes: Septiembre Semana del 15 al 18	4	4		
Mes: Septiembre Semana del 22 al 26	5	5		
Mes: Septiembre Semana del 29 al 03	5	4		
Mes: octubre Semana del 06 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 27 al 31	5	5		
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				
Mes: Semana del __ al __				