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:	JIC PORTAL DE LOS SUEÑOS
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHAMINADE
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Brianna Angeli Gonzalez Castillo
Número de identificación:	1206228100

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		Incapacidad Medica
Mes: Semana del 9 AL 13	5	0		Incapacidad Medica
Mes: JUNIO Semana del 16 AL 19	4	0		Incapacidad Medica
Mes: JUNIO Semana del 24 AL 27	4	0		Incapacidad Medica