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

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

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| Nombre de la unidad operativa: | 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: | Mia stefania Amariles Martinez |
| Número de identificación: | 1023990746 |

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Mes: JUNIO<br>Semana del 3 AL 6 | 4 | 4 | [firma] | |
| Mes:<br>Semana del 9 AL 13 | 5 | 5 | [firma] | |
| Mes: JUNIO<br>Semana del 16 AL 19 | 4 | 4 | [firma] | |
| Mes: JUNIO<br>Semana del 24 AL 27 | 4 | 3 | [firma] | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Scanned with CamScanner