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 Suenos
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	Fundacion chaminade
Nit:	900065413-2.
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Ariana Isabella Mahecha Castro
Número de identificación:	1033834581

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
MES: JULIO SEMANA DEL 01 AL 4	4	3.		
MES: JULIO SEMANA DEL 7 AL 11	5	1		Incapacidad medica
MES: JULIO SEMANA DEL 14 AL 18	4	0		Incapacidad medica
MES: JULIO SEMANA DEL 21 AL 25	5	0		Incapacidad medica
MES: JULIO SEMANA DEL 28 AL 31	4	0		Incapacidad medica

Scanned with CamScanner