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:	J.J.-C. Portal de los Sueños
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	Fundación Chaminade
Nit:	900 85413-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Mariangel Sofia Galeano Forer
Número de identificación:	1010252806

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
MES: AGOSTO SEMANA DEL 01	1	1	Ana María F.	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	4	Ana María F.	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	3	Ana María F.	INASISTENCIA INJUSTIFICADA
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	3	Ana María F.	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	4		

Powered by CamScanner