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:	JIL PORTAL DE LOS SUEÑOS
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACION CHAMINADE
Nit:	900854113-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	DANNA ISABELLA ARIAS ORTIZ.
Número de identificación:	1016752574

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 Ortiz	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	4	Ana Ortiz	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	4	Dairon Arias C.	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	4	Dairon Arias G.	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	5	Dairon Arias C.	

Powered by CamScanner