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.I.C PORTAL DE LOS SUEÑOS.
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	Fundación Chaminade.
Nit:	900854138-2.
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Cristiannis Cartaya Portillo.
Número de identificación:	1031188141.

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	0		
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	3		
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	2		
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	4		
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	4		

Powered by CamScanner