| 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:** | Portal de los Sueños |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | Fundación Chaminade. |
| **Nit:** | 900854413-2. |
| **Número de convenio:** | 8423. |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Isabella Hernandez Pinilla |
| **Número de identificación:** | 1243861008. |

| 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 | Sandra Rodriguez | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08 | 4 | 4 | Sandra Rodriguez | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15 | 4 | 4 | Sandra Rodriguez | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22 | 4 | 4 | Sandra Rodriguez | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29 | 5 | 5 | Sandra Rodriguez | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner