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:	Fundación Chaminade
Nit:	900056413-2
Número de convenio:	8473.
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Rosalie Salome Perez Parra
Número de identificación:	1033833637

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	Henry Parra	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4.	4	Henry Parra	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	4.	Henry Parra	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	3	Henry Parra	Cuidado en casa.
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	3.	ROBERT PEREZ	

Scanned with CamScanner