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 sueños
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	Fundación Chaminade
Nit:	900065413 -2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Israel Flores Fernández
Número de identificación:	1131206249

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	Salliz F	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	2	Salliz F	Indispuesto del estómago y pesmado
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	4	Salliz F	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	4	Salliz F	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	5	Salliz F	

Scanned with CamScanner