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:	900854I3-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Angela Valentina Castro Jimenez
Número de identificación:	1010252473 .

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 01 AL 05	5	2		
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 08 AL 12	5	3		
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 15 AL 19	4	2		
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 22 AL 26				La niña se encuentra suspendida por carta retiro voluntario
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 29 AL 30				suspendida por carta retiro voluntario.

Powered by CamScanner