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:	900854 13-2.
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Dilan Sánchez Mosquera.
Número de identificación:	1026604142

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	5		
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 08 AL 12	5	4		
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 15 AL 19	4	4		
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 22 AL 26	5	5		
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 29 AL 30	2	2		

Powered by CamScanner