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 Sueños.
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	Fundación Chaminade.
Nit:	900585413-2.
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: NOVIEMBRE SEMANA DEL 04 AL 07	4	4	-Karen Pinilla	
MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 10 AL 14	5	5	-Karen Pinilla	
MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 17 AL 21	4	4	-Karen Pinilla	
MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 24 AL 28	4	2	-Karen Pinilla.	

Powered by CamScanner