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:	Daniel Sofia Pacheco Garzón
Número de identificación:	1027545815

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
Mes: JUNIO Semana del 3 AL 6	4	0	daniela	ingreso al servicio el día 10/06/2025
Mes: Semana del 9 AL 13	5	4	daniela	ingreso al servicio el día 10/06/2025
Mes: JUNIO Semana del 16 AL 19	4	2	daniela	Cuidado en casa los días 16 y 19 de junio 2025
Mes: JUNIO Semana del 24 AL 27	4	2	daniela	Cuidado en casa los días 24 y 27 de junio 2025

Scanned with CamScanner