FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	Jardín 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:	Dilan Andres Cifuentes Fonseca
Número de identificación:	1028676577

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
MES: JULIO SEMANA DEL 01 AL 4	4	3	Yeferson S.	El día 04/07/2025 no asiste el niño, cuidado en casa
MES: JULIO SEMANA DEL 7 AL 11	5	3	Jasbleidi F.	El día 07/07/2025 cuidado en casa el día 11/07/2025 cita medica
MES: JULIO SEMANA DEL 14 AL 18	5	3	Jasbleidi F.	El día 14/07/2025 cuidado en casa el día 18/07/2025 pedagogico
MES: JULIO SEMANA DEL 21 AL 25	5	4	Jasbleidi F.	El día 24/07/2025 cita medica
MES: JULIO SEMANA DEL 28 AL 31	4	3	Jasbleidi F.	El día 28/07/2025 cuidado en casa

Scanned with CamScanner