# 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:** | fundacion chaminade |
| **Nit:** | 900065413-2 |
| **Número de convenio:** | 8423 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Jhosua r Eduardo Morillo Barreto |
| **Número de identificación:** | 1023992344 |

| 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 | 2 | Eduardo Morillo | |
| MES: JULIO SEMANA DEL 7 AL 11 | 5 | 4 | Eduardo Morillo | |
| MES: JULIO SEMANA DEL 14 AL 18 | 5 | 4 | Eduardo Morillo | |
| MES: JULIO SEMANA DEL 21 AL 25 | 5 | 5 | Eduardo Morillo | |
| MES: JULIO SEMANA DEL 28 AL 31 | 4 | 4 | Eduardo Morillo | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Scanned with CamScanner