# 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:** | JUNIOR ALEXANDER DÍAZ SALAZAR. |
| **Número de identificación:** | 1031858337 |

| 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 | Arlyn S. | |
| MES: JULIO SEMANA DEL 7 AL 11 | 5 | 3 | Arlyn S | |
| MES: JULIO SEMANA DEL 14 AL 18 | 4 | 3 | Arlyn S. | |
| MES: JULIO SEMANA DEL 21 AL 25 | 5 | 3 | María Paula Agudelo | |
| MES: JULIO SEMANA DEL 28 AL 31 | 4 | 3 | Arlyn S. | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |