**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: | Fundación Chaminade. |
| Nit: | 900065913-2 |
| Número de convenio: | 8423 |
| 2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO | |
| Nombre: | Angela Valentina Castro Jimenez |
| Número de identificación: | 1010252473 . |

| 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 | | |
| MES: JULIO SEMANA DEL 7 AL 11 | 5 | 1 | | |
| MES: JULIO SEMANA DEL 14 AL 18 | 4 | 3 | | |
| MES: JULIO SEMANA DEL 21 AL 25 | 5 | 4 | | |
| MES: JULIO SEMANA DEL 28 AL 31 | 4 | 2 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner