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

| 1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO | |
|---|---|
| **Nombre de la unidad operativa:** | J.I.c Portal de los sueños |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | Fundación Chaminade |
| **Nit:** | 900854113-2 |
| **Número de convenio:** | 8423 |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | David Arley Sabogal Lopez |
| **Número de identificación:** | 1016754620 |

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 01 | 1 | 1 | | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08 | 4 | 4 | | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15 | 4 | 1 | | INCAPACIDAD SUMINISTRE BOCA-MANO Y PIE 11 AL 20 DE AGOSTO |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22 | 4 | 2 | | INCAPACIDAD SUMINISTRE BOCA-MANO-PIE 11 AL 20/08/25 |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29 | 5 | 4 | Paola lopez | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner