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:	900065413-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Adrian Jose Jaimet Bayona
Número de identificación:	CD593323

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
MES: AGOSTO SEMANA DEL 01				
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08				
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15				
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	3	Adriana Bayona	Ingresa 20 de Agosto 2025
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	0	Adriana Bayona	Cuidado en Casa Por brote

Scanned with CamScanner