# 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:** | Eithan Felipe Rodriguez Moreno |
| **Número de identificación:** | 1206231101 |

| 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 | Doris Andrea Moreno Bernal | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08 | 4 | 3 | Doris Andrea Moreno Bernal | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15 | 4 | 4 | Doris Andrea Moreno Bernal | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22 | 4 | 4 | Doris Andrea Moreno Bernal | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29 | 5 | 0 | Doris Andrea Moreno Bernal. | Cuidado en casa por brote |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Scanned with CamScanner