# 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 suenos |
| 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: | Evelyn Nahiara Rodriguez Frade |
| Número de identificación: | 1011266653 |

| 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 | Julio Rodriguez | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08 | 4 | 4 | Julio Rodriguez | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15 | 4 | 4 | Julio Rodriguez | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22 | 4 | 4 | Julio Rodriguez | |
| MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29 | 5 | 0 | Julio Rodriguez | Incapacidad por brote |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Scanned with CamScanner