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:	Brianna Angeli Gonzalez Castillo
Número de identificación:	1206228100

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	0		Incapacidad Medica
MES: JULIO SEMANA DEL 7 AL 11	5	0		Incapacidad Medica
MES: JULIO SEMANA DEL 14 AL 18	4	0		Incapacidad
MES: JULIO SEMANA DEL 21 AL 25	5	6		Incapacidad
MES: JULIO SEMANA DEL 28 AL 31	4	0		Incapacidad

Scanned with CamScanner