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 Sueño S.
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	Fundación Chaminade.
Nit:	900065413-2,
Número de convenio:	8923
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Sara SOFIA Barillas Navarrete.
Número de identificación:	1045487725

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	3	Neister Barillas	
MES: JULIO SEMANA DEL 7 AL 11	5	4	Neister Barillas	
MES: JULIO SEMANA DEL 14 AL 18	4	2	Neister Barillas	
MES: JULIO SEMANA DEL 21 AL 25	5	4	Neister Barillas	
MES: JULIO SEMANA DEL 28 AL 31	4.	2	Neister Barillas	

Powered by CamScanner