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:	900854113-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Mathias Ayala Cortes
Número de identificación:	1033837781

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	Johana Cortes	INGRESO EL 20/08/25.
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	5	Johana Cortes	

Powered by CamScanner