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 Suenos
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	Fundacion Chaminade
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Aaron Esteban Alonso Diez
Número de identificación:	1018522958

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	0	Sandra Diez	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	4	Sandra Diez	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	4	Sandra Diez	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	3	Sandra Diez	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	0	Sandra Diez	Incapacidad

Scanned with CamScanner