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:	Luciana Arana Barrera
Número de identificación:	1033836155

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

Scanned with CamScanner