FORMATO DE SEGUIMIENTO MENSUAL DE ASISTENCIA
CONFIRMACIÓN DE ASISTENCIA
ESTRATEGIA DE PAGO POR RESULTADOS

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	UIC 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:	Adrian Joel Arias Cubides
Número de identificación:	1016755855

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	Sandy Paola C	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	3	Sandy Paola C	Síntomas de gripe cuidado en casa
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	4	Sandy Paola C.	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	3	Sandy Paola C	Cita médica
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	0	Sandy Paola C	Brote en piel, cuidado en casa

Scanned with CamScanner