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

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	IEC. PUNTA DE LOS SUEÑOS
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	FUNDACIÓN CHOMINADE
Nit:	900854113-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	ELIAN ENRIQUE PATAQUIVA TORRES
Número de identificación:	1031187300

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 01 AL 05	5	5	Luz Mireya torres	
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 08 AL 12	5	5	Luz Mireya torres	
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 15 AL 19	4	4	Luz Mireya torres	
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 22 AL 26	5	5	Luz Mireya torres	
MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 29 AL 30	2	2	Luz Mireya torres	

Powered by CamScanner