# 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:** | 900859413-2. |
| **Número de convenio:** | 8923. |
| **2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Yoel Flores Fernandez |
| **Número de identificación:** | 1023602041 |

| 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 | -Saeliz F | |
| MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 08 AL 12 | 5 | 3 | -Saeliz F | |
| MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 15 AL 19 | 4 | 2 | -Saeliz F | |
| MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 22 AL 26 | 5 | 3 | -Saeliz F | |
| MES: SEPTIEMBRE SEMANA DEL 29 AL 30 | 2 | 2 | -Saeliz F | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner