# 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 Sueños |
| **Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:** | Fundación Chaminade. |
| **Nit:** | 900854713-2. |
| **Número de convenio:** | 8423 |
| **2.DATOS DE LA NIÑA O NIÑO** | |
| **Nombre:** | Luna Marroquin. |
| **Número de identificación:** | 1016752289. |

| Fecha | No. de días hábiles en la semana | Asistencia No. de días de asistencia | Firma del Familiar/Acudiente | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 04 AL 07 | 4 | 4 | Deisy Lozano. | |
| MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 10 AL 14 | 5 | 5 | Deisy Lozano. | |
| MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 17 AL 21 | 4 | 4 | Deisy Lozano. | |
| MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 24 AL 28 | 4 | 4 | Deisy Lozano. | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Powered by CamScanner