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:	900088413 - 2.
Número de convenio:	8423
2.DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Cristian Cartaya Portillo
Número de identificación:	1031188141.

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	2		
MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 10 AL 14	5	5		
MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 17 AL 21	4	3		
MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 24 AL 28	4	4		

Powered by CamScanner