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:	900088.5913-2.
Número de convenio:	8423
2.DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Sara Barillas Navarrete
Número de identificación:	1015487725

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	0		
MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 10 AL 14	5	2		
MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 17 AL 21	4	4		
MES: NOVIEMBRE SEMANA DEL 24 AL 28	4	4		

Powered by CamScanner