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

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	JIC Portal de los sueños
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	Fundación Chaminade
Nit:	900065413-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Israel Flores Fernandez
Número de identificación:	1131206249

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
MES: JULIO SEMANA DEL 01 AL 4	4	2	· Saeliz F	· Estaba con el papá · Resfriado
MES: JULIO SEMANA DEL 7 AL 11	5	4	· Saeliz F	· No tuvo quien lo trajera al jardín
MES: JULIO SEMANA DEL 14 AL 18	4	2	· Nazaret. V	· Presentó fiebre · Continua incapacitado
MES: JULIO SEMANA DEL 21 AL 25	5	4	· Saeliz F	· Odor de estómago
MES: JULIO SEMANA DEL 28 AL 31	4	4	· Saeliz F	

Scanned with CamScanner