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 [illegible] SUEÑOS
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	Fundación Chaminade
Nit:	900065713-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Yoel Flores Fernandez
Número de identificación:	1023362041

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	Saelez F	
MES: JULIO SEMANA DEL 7 AL 11	5	4	Saelez F.	
MES: JULIO SEMANA DEL 14 AL 18	4	1	Saelez F.	
MES: JULIO SEMANA DEL 21 AL 25	5	3	Saelez F.	
MES: JULIO SEMANA DEL 28 AL 31	4	4.	Saelez F.	

Powered by CamScanner