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

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN ASOCIADO	
Nombre de la unidad operativa:	J.J.C portal de los sueños
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	Fundación chaminade
Nit:	900854132
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Eilyn Alejandra Ortega Guerrero
Número de identificación:	1023990298

Fecha	No. de días hábiles en la semana	Asistencia No. de días de asistencia	Firma del Familiar/Acudiente	Observaciones
MES: AGOSTO SEMANA DEL 01	1	1	Gicela Guerrero	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	4	Gicela Guerrero	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	2	Gicela Guerrero	INCAPACIDAD POR AMIGDALITIS VIRAL 13 AL 14 DE AGOSTO/25
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	3		
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	4		

Powered by CamScanner