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.I.C Portal de los sueños
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	Fundación chaminade
Nit:	900854413-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Zoe Taliana Muñoz Trujillo
Número de identificación:	1023991694

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	Lizeth Muñoz	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	4	Lizeth Muñoz	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	0	Lizeth Muñoz	INCAPACIDAD POR INFECCIONES VIRALES AL 15/06/2025
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	4	Lizeth Muñoz	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	5	Lizeth Muñoz	

Powered by CamScanner