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:	FUNDACION CHAMINADE
Nit:	900854 13-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	DANIEL ALEXANDER TIBAQUE SALAZAR
Número de identificación:	1031187502

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	0	Jennifer Cobi	Incapacidad medica
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	0	Jennifer Cobi	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	1	Jennifer Cobi	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	0	Jennifer Cobi	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	0	Jennifer Cobi	Incapacidad medica.

Powered by CamScanner