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 Sueños.
Nombre de la Entidad Sin Ánimo de lucro:	Fundación Chaminade.
Nit:	900853413 -2.
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Joel Flores Fernandez.
Número de identificación:	1023662041

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	- Sadiz F	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	2	- Sadiz F	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	4	- Sadiz F	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	4	- Sadiz F	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	5	- Sadiz F	

Powered by CamScanner