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:	Fundación Chaminade
Nit:	9000 65413-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Abby Victoria Guerro Largoras
Número de identificación:	1033833724

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	Yosselis.L.	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	0	Yosselis.L.	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	0	Yosselis.L.	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	4	Yosselis.L.	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	4	Yosselis.L.	cuidado en casa

Scanned with CamScanner