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:	900065913-2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Ariam Isabella Maldonado Castro
Número de identificación:	1033834581

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	Paula.C	Suspendido.
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	4	Paula.C	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	3	Paula.C	Incapacidad medica.
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	4	Paula C.	
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	5	Paula C.	

Scanned with CamScanner