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:	900665413 - 2
Número de convenio:	8423
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Gabriela Rodriguez Vega
Número de identificación:	1016755934

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		
MES: AGOSTO SEMANA DEL 04 AL 08	4	3		Indisposición de salud y fiebre alta
MES: AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	4	3		Presentó el día en familia
MES: AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	4	4		
MES: AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	4		Presentó por periodos cortos de tiempo fue el medio y no era los días hábiles

Scanned with CamScanner