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 Oramirade.
Nit:	900834113-2.
Número de convenio:	8123.
2. DATOS DE LA NIÑA O NIÑO	
Nombre:	Juan Sofia Portilla Navarrete.
Número de identificación:	1013182355

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	1	1		
MES AGOSTO SEMANA DEL 11 AL 15	1	3		
MES AGOSTO SEMANA DEL 18 AL 22	1	4		
MES AGOSTO SEMANA DEL 25 AL 29	5	3		

Powered by CamScanner