

	SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL		Código
	SUPERVISIÓN JARDINES INFANTILES COFINANCIADOS		Versión
	PAGO POR RESULTADOS		Fecha
	INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN		Página

No. CONVENIO	FECHA DE SUSCRIPCIÓN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN
8425-2025	23525	3625	51225
FECHA DE LA VISITA	HORA DE INICIO	NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL	
29925	14:30	CAMINOS DE LA VIDA	
DIRECCIÓN DEL JARDÍN INFANTIL		LOCALIDAD	
CARRERA 76C BIS No. 62F-42 SUR		CIUDAD BOLIVAR	
BARRIO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
CASA GRANDE	3052461972	jicaminosdelavida@hotmail.com	

METRICA 1

1. Registre el numero de niños y niñas asistentes por nivel para el día de la verificación

NIVEL	COBERTURA	MATRICULADOS	ASISTENTES	INASISTENCIA		OBSERVACIONES
				JUSTIFICADA	INJUSTIFICADA	
M1	10	10	10			
PVA	12	12	12			
PVB	13	13	12	1		M.P.O: Cita médica
PJ	26	26	26			
JA	21	21	20	1		L.R.M: viaje familiar
JB	22	22	21	1		R.S.P.S: se eneucnetra suspendido dado que laprogenitora cuenta con incapacidad médica que lae ha impedido llevar la niña al jardín.

OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN

--

	
FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN	FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN
NOMBRE: BERTILDA SALAS CRUZ	NOMBRE: Laura Juliana Torres Aya
N° DE IDENTIFICACIÓN : 40.270.565	N° DE IDENTIFICACIÓN : 1.070.600.482
CARGO: Responsable del servicio	CARGO: APOYO A LA SUPERVISIÓN
	HORA DE FINALIZACIÓN: 5:00