ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría Distrital INTEGRACIÓN SOCIAL	**SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL**	Código
	SUPERVISIÓN JARDÍNES INFANTILES COFINANCIADOS	Versión
	PAGO POR RESULTADOS	Fecha
	INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN	Página

No. CONVENIO	**FECHA DE SUSCRIPCIÓN**	**FECHA DE INICIO**	**FECHA DE FINALIZACIÓN**
8425-2025	23 5 2025	3 6 2025	5 12 2025

FECHA DE LA VISITA	**HORA DE INICIO**	**NOMBRE DEL JARDÍN INFANTIL**
28 10 2025	8:00 AM	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	jicamiosdelavida@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**	
CA1	10	10	10	N/A	N/A	En el Acta
PVA	12	12	12	N/A	N/A	En el Acta
PVB	13	13	13	N/A	N/A	En el Acta
PJA	26	26	25	1	0	En el Acta
JA	21	21	21	N/A	N/A	En el Acta
JB	22	22	22	N/A	N/A	En el Acta

OBSERVACIONES DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN

CA1: Asistencia Completa
PVA: Asistencia Completa
PVB: Asistencia Completa
PREJARDIN A: EMRA Suspendida por incapacidad medica
JARDIN A: Asistencia Completa
JARDIN B: Asistencia Completa

	
FIRMA DE QUIEN ATIENDE LA VERIFICACIÓN	FIRMA DE QUIEN REALIZA LA VERIFICACIÓN
NOMBRE: Bertilda Salas Cruz	NOMBRE: Esteban Medina Tovar
N° DE IDENTIFICACIÓN : 40270656	N° DE IDENTIFICACIÓN : 1.014.227.315
CARGO: Responsable del servicio	CARGO: Profesional Apoyo a la Supervision
	HORA DE FINALIZACIÓN: 11:00 am