INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

INFORME No.	04		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	08	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1842 DEL 4 DE MAYO DE 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20218007016014 64E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	0MAR HERNANDO PITA RIOJA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	79298689	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como formador técnico del centro de interés asignado para realizar las sesiones de clase en el proyecto de inversión.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	SIETE (7) MESES Y VEINTITRÉS (23) DÍAS.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	DIECISIETE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS (17.842.500).	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	6 DE MAYO DE 2021	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	29 DE DICIEMBRE DE 2021.	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	1 DE AGOSTO AL 30 DE AGOSTO DE 2021.	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
Obligación No. 1: Formar las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas en niñas, niños, adolescentes y jóvenes de las instituciones educativas distritales- IED vinculadas al proyecto, conforme con los lineamientos establecidos para la continuidad y permanencia de los escolares en los procesos de formación y cumplimiento de las normas de bioseguridad, asegurando el cumplimiento de los pactos de formación del centro de interés que le sean asignados.	Se cumple con las directrices específicas del IDRD cumpliendo así con los lineamientos para el centro de interés PATINAJE realizándolas en los planes de clase a nivel pedagógico y sicosocial de cada grupo y fortaleciendo los programas de bioseguridad dentro de las sesiones de clase ya que se inició presencial solo 2 días de la semana Dando un día virtual y el otro presencial a cada grupo de los cuatro que se les hacen impacto. EVIDENCIAS: Se realizan planes de clase en el sim UBICACIÓN: Se encuentran en plataforma sim
Obligación No. 2: Realizar la propuesta general del centro de interés para cada uno de los grupos/ciclos, de acuerdo con los programas pedagógicos del proyecto, presentando al profesional IED.	De manera conjunta con el componente pedagógico y social con sus respectivos lineamientos se cumple con los grupos formados en el centro de interés de patinaje asistiendo a las reuniones planeadas por el componente social y pedagógico los días 2-10 del proyecto. EVIDENCIAS: guías. UBICACIÓN: Drive, Wassatch
Obligación No. 3: Planear cada una de las sesiones de clase implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena, ejecutando de manera presencial, virtual y/o alternancia las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), dos (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM) y una (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido), adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de estudiantes que participan en cada centro	Se están planeando las clases de las dos semanas como lo muestra el cuadro de sesiones. – GRUPO 1 HORARIOS 09:30 A 11;30 AM AGOSTO 1-6-8-13-15 GRUPO 2 HORARIOS 12:30:00 A 02;30 PM - 12:0:00 A 02;00 PM 1-6-8-13-15 GRUPO 3 HORARIOS 09:30 A 11;30 AM 2-7-9-14-16 GRUPO 4 HORARIOS 12:30:00 A 02;30 PM - 12:00:00 A 02;00 PM 2-7-9-14-16 Los grupos 2 cambió el horario los días jueves por presencial de 12;00 a 2;00 pm y grupo 4 en Agosto se cambió el horario los días Miércoles por presencial de 12;00 a 2;00 pm EVIDENCIAS: Por medio de pantallazos UBICACIÓN: drive EVIDENCIAS: pantallazos UBICACIÓN: drive

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.	
Obligación No. 4: Asistir/participar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias y reuniones convocadas por el IDRD.	Se tiene total disposición para la participación de eventos deportivos y/o representación de la institución IDRD, IED, SED. 2 Agosto reunión operativa pedagógica de zona 5. 4 Agosto reunión institucional lED 10 Agosto reunión operativa pedagógica de zona 5. 13 julio reunión operativa pedagógica cedil San Pablo EVIDENCIA: Serán subidas aun drive si los hay UBICACIÓN: Se tomaran los formularios recolección e información de estudiantes en la plataforma SIM.
Obligación No. 5: Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.	La IED debe tener conocimiento de casos especiales en estudiantes para trabajo orientado y elaborado a sus condiciones físicas y psicológicas, para no afectar su condición que debe ser comunicado al formador del centro de interés. EVIDENCIA: carpetas del colegio UBICACIÓN: colegio
Obligación No. 6: Identificar y reportar a estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva que cumplen condiciones para ingresar al proyecto de Semilleros y remitirlos al profesional encargado (Gestor) IED.	En el momento es difícil identificar, futuros estudiantes con condiciones físicas de ingreso a proyecto de semilleros. EVIDENCIA: Serán subidas aun drive si los hay UBICACIÓN: Formularios recolección e información de estudiantes en la plataforma SIM
Obligación No. 7: Participar y apoyar de manera presencial y/o virtual la organización de eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para apoyar el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad.	Se tiene total disposición para la participación de eventos deportivos y/o representación de la institución IDRD, IED, SED Se acompañó a los compañeros en el face book like los días 3 -10 EVIDENCIA: Serán subidas aun drive del componente pedagógico UBICACIÓN: Se tomaran los formularios recolección e información de estudiantes en el drive.
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR (CAFAM)	119,000.00
PAGO APORTES PENSIÓN	COLFONDOS	152,300.00
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	23,200.00
	TOTAL	294.200.00

4. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc).

Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.

0MAR HERNANDO PITA RIOJA
C.C 79298689

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

En el presente periodo de actividades el contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales asignadas.

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas
N° de Identificación: 79.747.015
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02

FREDY ARMANDO CARRILLO CORREDOR
Fredy Carrillo Corredor
Gestor IED Zona 5
Apoyo a la Supervisión
C.C 80.111.159

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

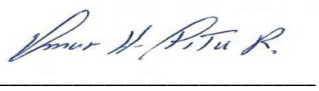
Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Contrato No.							**IDRD-CTO-1842-2021**						
2	Nombre del Contratista	**OMAR HERNANDO PITA RIOJA**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**79298689**						
4	Responsable de impuesto a las ventas								SI		NO	**X**	REGIMEN SIMPLE	
5	Residente en el país (Extranjeros)										SI		NO	
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)										SI		NO	**X**
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2020, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2020), equivalentes a $49,849,800										SI		NO	**X**
8	Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el **MES ANTERIOR** provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.													
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**119,000.00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $			**152,300.00**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**23,200.00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente						
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual													
	AFC $							Ahorro Voluntario Pensión $						
10	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2020). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo										SI		NO	**X**
11	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2020). v/r maximo deduccion mensual $569,712										SI		NO	**X**
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.													
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo										SI		NO	**X**
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo										SI		NO	**X**
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo										SI		NO	**X**
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2020) $9,257,820 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo										SI		NO	**X**
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2020) $9,257,820. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo										SI		NO	**X**
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.										SI		NO	**X**
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de:												%	

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.



FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **8** AA **2021**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79298689		PITA RIOJA OMAR HERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 16 A 11 A 53 BR PRADERA	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5655555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	47906241	9423234121	I	2021/08/23	2021/08/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$313,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$951,600	$152,300			$951,600	$119,000			$951,600	$19,100			$951,600	$23,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$951,600	$152,300			$951,600	$119,000			$951,600	$19,100			$951,600	$23,200		$0	$0
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$951,600	$152,300			$951,600	$119,000			$951,600	$19,100			$951,600	$23,200		$0	$0
1	CC 79298689	PITA OMAR	231001	30	$951,600	$152,300	EPS017	30	$951,600	$119,000	CCF24	30	$951,600	$19,100	14-23	30	$951,600	$23,200	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$951,600	$152,300			$951,600	$119,000			$951,600	$19,100			$951,600	$23,200		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79298689		PITA RIOJA OMAR HERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 16 A 11 A 53 BR PRADERA	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5655555	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-07	2021-07	47906241	9423234121	I	2021/08/23	2021/08/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	$313,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$152,300	$0	$0	$152,300
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$152,300	$0	$0	$152,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$23,200	$0	$0	$23,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$23,200	$0	$0	$23,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$119,000	$0	$0	$119,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$119,000	$0	$0	$119,000
TOTAL				1	$313,600	$0	$0	$313,600

ADRES

La salud es de todos Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79298689
NOMBRES	OMAR HERNANDO
APELLIDOS	PITA RIOJA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	MOSQUERA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/11/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	08/10/2021 18:04:21	Estación de origen:	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

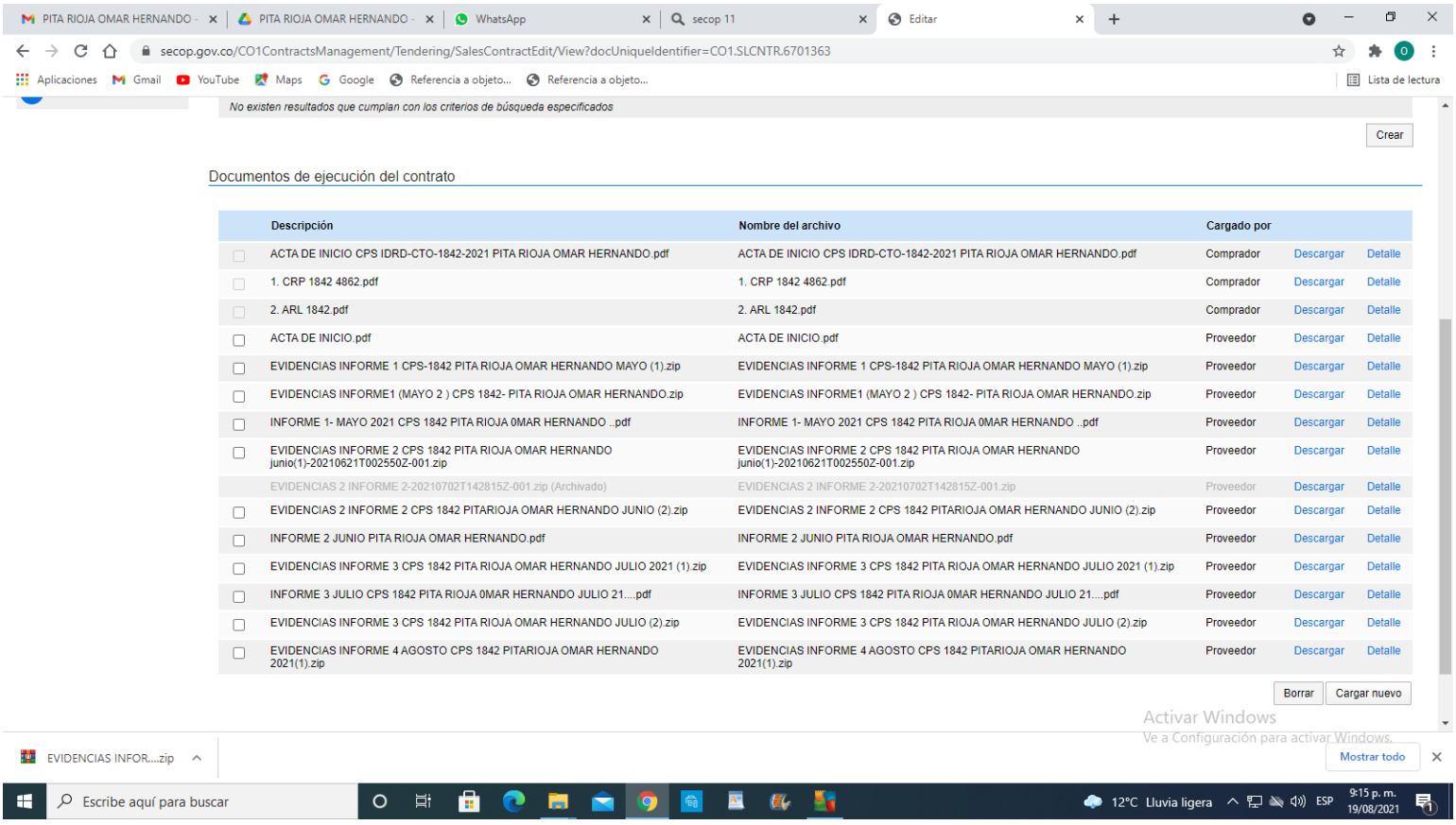
La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

FREDY ARMANDO CARRILLO CORREDOR



FREDY ARMANDO CARRILLO CORREDOR

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	OMAR HERNANDO PITA RIOJA	COORDINADOR	Fredy Armando Carrillo Corredor
FECHA REVISIÓN	2021-08-19 14:17:55	Mes	Julio

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO CEDID SAN PABLO (I	SAN PABLO BOSA, LA AMISTAD,	1	**Martes,09:30:00,11:30:00** 6-13-27 **Jueves,09:30:00,11:30:00** 8-15-22-29	6-8-13-15-22-27-29		30	30
	SAN PABLO BOSA, LA AMISTAD,	2	**Martes,12:30:00,14:30:00** 6-13-27 **Jueves,12:30:00,14:30:00** 8-15-22-29	6-8-13-15-22-27-29			
	SAN PABLO BOSA, LA AMISTAD,	3	**Miercoles,09:30:00,11:30:00** 7-14-21-28 **Viernes,09:30:00,11:30:00** 9-16-23-30	7-9-14-16-21-23-28-30			
	SAN PABLO BOSA, LA AMISTAD,	4	**Miercoles,12:30:00,14:30:00** 7-14-21-28 **Viernes,12:30:00,14:30:00** 9-16-23-30	7-9-14-16-21-23-28-30			

FECHA - HORARIO	2021-07-12 (07:30:00 - 08:30:00)	TEMA	Reunion Semanal de orientación aspectos operativos pedagógicos y sociales Proyecto Jornada Escolar Complementaria -2021 IED Cedid San Pablo - Carlos Pizarro Le
FECHA - HORARIO	2021-07-13 (07:30:00 - 08:30:00)	TEMA	Pedagógica -Operativo - Social Zona 5

FREDY ARMANDO CARRILLO CORREDOR

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	OMAR HERNANDO PITA RIOJA	COORDINADOR	Fredy Armando Carrillo Corredor
FECHA REVISIÓN	2021-08-19 19:57:04	Mes	Agosto

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO CEDID SAN PABLO (I	SAN PABLO BOSA, LA AMISTAD,	1	**Martes,09:30:00,11:30:00** 3-10-17 **Jueves,09:30:00,11:30:00** 5-12-19	3-5-10-12-17-19		22	20
	SAN PABLO BOSA, LA AMISTAD,	2	**Martes,12:30:00,14:30:00** 3-10-17 **Jueves,12:30:00,14:30:00** 5-12 **Jueves,12:00:00,14:00:00** 19	3-5-10-12-17-19			
	SAN PABLO BOSA, LA AMISTAD,	3	**Miercoles,09:30:00,11:30:00** 4-11-18 **Viernes,09:30:00,11:30:00** 13-20	4-11-13-18			
	SAN PABLO BOSA, LA AMISTAD,	4	**Miercoles,12:30:00,14:30:00** 4-11 **Viernes,12:30:00,14:30:00** 13-20 **Miercoles,12:00:00,14:00:00** 18	4-11-13-18			

FECHA - HORARIO	2021-08-04 (08:00:00 - 09:00:00)	TEMA	Gestión Componentes Operativo - Pedagógico y Social
FECHA - HORARIO	2021-08-13 (08:00:00 - 09:00:00)	TEMA	Gestión Semanal aspectos operativos - Pedagógicos y Sociales

FREDY ARMANDO CARRILLO CORREDOR