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.	5		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	09	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1895-19 DE MAYO DEL 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20218002011007 59E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	SALINAS MEDINA JOSE DAVID	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.012.342.679	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	225 días	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	Diecisiete millones ochocientos cuarenta y dos mil quinientos pesos m/cte. ($17.842.500)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	19 de mayo del 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	30 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	Del 1 al 30 septiembre del 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.	ACTIVIDADES: Introducción a la temática de trabajo planteada para las semanas del centro de interés de fútbol de salón, se realiza articulación con docente enlace de la IED Francisco de Paula Santander para realizar reconocimiento de los grupos con los que se van trabajar y cantidad de estudiantes, edades, grado; con la finalidad de realizar planeaciones de clase que incluyan elementos para la formación de competencias básicas socioemocionales y ciudadanas acordes a su grupo etario. EVIDENCIA: SIMIDRD Y Drive UBICACIÓN: https://drive.google.com/drive/folders/1B8QP48dbNveS4trKpEFmaB0RaC0aq8Gf
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,	ACTIVIDADES: Se realiza las sesiones de clase teniendo en cuenta la malla curricular estipulada en el SIM; en estos espacios de aprendizaje en el centro de interés de futbol de salón se trabajan las siguientes actividades: Además, en todos los espacios de clase se resalta la importancia de mantener los protocolos de bioseguridad para evitar el contagio de COVID 19

<table>
<tr><td>presentando al profesional IED</td><td>EVIDENCIA: Malla curricular

UBICACIÓN:
https://drive.google.com/drive/folders/1B8QP48dbNveS4trKpEFmaB0RaC0aq8G</td></tr>
<tr><td>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</td><td>ACTIVIDADES:
Se realiza la respectiva comunicación y articulación con la docente enlace de la institución IED Francisco de Paula Santander, así como con las docentes titulares de cada grupo que acompañare como formador del programa TEC en el centro de interés futbol de salón, los grupos quedaron asignados de la siguiente forma:

<table>
<tr><th>GRUPO</th><th>CURSO</th><th>DIAS</th><th>HORA</th><th>FECHAS</th></tr>
<tr><td rowspan="2">1</td><td rowspan="2">502 J. T</td><td>Lunes</td><td rowspan="2">15:00 A 16:00</td><td rowspan="2">1,6,8,13,15,20,22,27,29</td></tr>
<tr><td>Miércoles</td></tr>
<tr><td rowspan="2">2</td><td rowspan="2">401 J. T</td><td>Lunes</td><td rowspan="2">10:10 A 12:10</td><td rowspan="2">1,6.8,13,15,20,22,27,29</td></tr>
<tr><td>Miércoles</td></tr>
<tr><td rowspan="2">3</td><td rowspan="2">401 J.M</td><td>Martes</td><td rowspan="2">12:15 A 14:15</td><td rowspan="2">2,7,9,14,16,21,23,28,30</td></tr>
<tr><td>Jueves</td></tr>
</table>

EVIDENCIA: Sistema misional IDRD

UBICACIÓN: Sistema misional IDRD y
https://drive.google.com/drive/folders/1B8QP48dbNveS4trKpEFmaB0RaC0aq8G</td></tr>
</table>

según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de estudiantes que participan en cada centro 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.	ACTIVIDADES: TIPO DE REUNION: Reunión Operativa FECHA: 3 de septiembre 2021 HORA: 10:30 a 11:30 TEMA: Presentación centro de interés LUGAR: Google MEET PARTICIPANTES: Formadores IED, Formadores TIPO DE REUNION: Reunión operativa y cobertura FECHA: 14 de septiembre 2021 HORA: 8:00 a 10:00 TEMA: Generalidades pedagógico y operativo, ruta de protocolo de armonización LUGAR: IED Francisco de Paula Santander PARTICIPANTES: Formadores IED, Gestor IED, Gestor Operativo Zonal, Gestora Pedagógica Zonal, Docente Enlace IED. EVIDENCIAS: actas TIPO DE REUNION: Reunión Componente Social Zonal 5 FECHA: 14 de septiembre 2021 HORA: 16:30 a 17:30 TEMA: Sesiones De Clase, Tema Psicosocial LUGAR: Google MEET PARTICIPANTES: Formadores IED, Gestor IED, Gestor Operativo Zonal, Gestora Pedagógica Zonal, Gestor Social EVIDENCIAS: actas

	TIPO DE REUNION: Reunión Pedagógico FECHA: 24 de septiembre 2021 HORA: 11:00 a 12:30 TEMA: Valoración de escolares en SIM LUGAR: Google MEET PARTICIPANTES: Formadores IED, Gestor IED EVIDENCIAS: actas TIPO DE REUNION: Reunión operativa FECHA: 30 de septiembre 2021 HORA: 16:30 a 17:30 TEMA: Evaluación clases presenciales y alternancia en la IED LUGAR: : Google MEET PARTICIPANTES: Formadores IED, gestor IED, EVIDENCIAS: actas UBICACIÓN: https://drive.google.com/drive/folders/1B8QP48dbNveS4trKpEFmaB0RaC0aq8G
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	ACTIVIDADES: Se solicitó a cada directora de grupo los antecedentes médicos de los niños y niñas de los grados 301 jornada mañana, 401 jornada tarde y 502 jornada tarde de la IED Francisco de Paula Santander, con la finalidad de tener en cuenta esta información clínica para la planeación y ejecución de actividades a realizar con los estudiantes en el centro de interés futbol de salón. EVIDENCIAS: capeta formador David Salinas UBICACIÓN: Capeta formador David Salinas

teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.	
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.	ACTIVIDADES: Ya se está trabajando en búsqueda de talentos para él proyecto de semilleros. Cuando me soliciten información de los deportistas que puedan hacer parte del proyecto, con mucho gusto le enviare nombre y número de identificación del deportista. O la información que sea requería para dicho tramite
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	ACTIVIDADES: Se realizo un facebook live el 18 de agosto 2021 en la institución educativa Fráncico de Paula Santander, participaron los estudiantes de grado segundo y tercero jornada mañana en actividades que se orientaron a fortalecer la coordinación viso pedica y viso manual, con el apoyo de del gestor ied y prensa Y comunicación del proyecto tec EVIDENCIA: https://www.facebook.com/IDRDBogota/videos/582663779581633/ UBICACIÓN: https://drive.google.com/drive/u/0/folders/1Vy1kpr9NKa7DT8QpGJpGbnEgJc2pV-le

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)

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.	
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

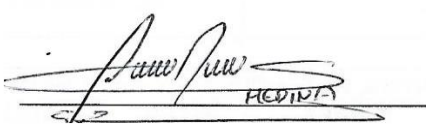
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	$119.000
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$152.300
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$23.200
	TOTAL	$295.500

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

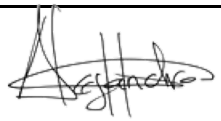
Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias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



Firma Contratista

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

En el presente lapso el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones 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



ALEJANDRO PRIETO ARIAS
C.C. 1022385803
Vo.Bo. Apoyo a la supervisión

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.	**1895-2021**												
2	Nombre del Contratista	**SALINAS MEDINA JOSE DAVID**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1.012.342.679**						
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.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **9** AA **2021**

FIRMA

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión. Quiero Probar

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	JOSE DAVID SALINAS MEDINA	**Nit:**	1012342679
Tipo planilla:	I	**Periodo liquidación Pensiones**	Agosto 2021
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	**Periodo liquidación Salud:**	Agosto 2021
Número de radicación:	52532065	**Total a pagar:**	$313,600
Fecha de vencimiento:	17/09/2021	**Total de empleados:**	1
Fecha de pago:	09/08/2021	**Número de administradoras:**	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	**Nit recaudo:**	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	**Medio de pago:**	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	**Número de aprobación:**	1088070424
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		$0.00	$23,200
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		$0.00	$152,300
CCF24	860066942	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1		$0.00	$19,100
EPS008	860066942	Compensar EPS	1		$0.00	$119,000
						$313,600

***Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos**

»Ver planillas pagadas

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2021 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara. Acerca de los certificados SSL

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	1012342679
NOMBRES	JOSE DAVID
APELLIDOS	SALINAS MEDINA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

ALEJANDRO PRIETO ARIAS
C.C. 1022385803
Vo.Bo. Apoyo a la supervisión

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	02/06/2015	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	09/20/2021 21:26:33	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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje | Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí / No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	1. CRP 1895 5119.pdf	1. CRP 1895 5119.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	2. ARL 1895.pdf	2. ARL 1895.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Evidencias informe 1 cps1895 2021 salinas medina jose david #1.zip	Evidencias informe 1 cps1895 2021 salinas medina jose david #1.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 2 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #1.zip	EVIDENCIAS INFORME 2 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #1.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 2 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #2.zip	EVIDENCIAS INFORME 2 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #2.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SALINAS MEDINA JOSE DAVID MAYO 2021.pdf	SALINAS MEDINA JOSE DAVID MAYO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SALINAS MEDINA JOSE DAVID JUNIO 2021.pdf	SALINAS MEDINA JOSE DAVID JUNIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 3 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #1.zip	EVIDENCIAS INFORME 3 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #1.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 3 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #2.zip	EVIDENCIAS INFORME 3 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #2.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SALINAS MEDINA JOSE DAVID JULIO 2021.pdf	SALINAS MEDINA JOSE DAVID JULIO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4. EVIDENCIAS INFORME 4 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #1.zip	4. EVIDENCIAS INFORME 4 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #1.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	4.4 EVIDENCIAS INFORME 4 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #2.zip	4.4 EVIDENCIAS INFORME 4 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #2.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SALINAS MEDINA JOSE DAVID INFORME AGOSTO 2021.pdf	SALINAS MEDINA JOSE DAVID INFORME AGOSTO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	5. EVIDENCIAS INFORME 4 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #1.zip	5. EVIDENCIAS INFORME 4 CPS 1895-2021 SALINAS MEDINA JOSE DAVID #1.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo



ALEJANDRO PRIETO ARIAS
C.C. 1022385803
Vo.Bo. Apoyo a la supervisión

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	JOSE DAVID SALINAS MEDINA	COORDINADOR	ALEJANDRO PRIETO ARIAS
FECHA REVISIÓN	2021-09-21 10:07:06	Mes	Agosto

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO FRANCISCO DE PAULA	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER,	1	**Lunes,11:00:00,13:00:00** 2-9 **Miercoles,11:00:00,13:00:00** 4-11-18 **Lunes,10:15:00,12:15:00** 23-30 **Miercoles,10:15:00,12:15:00** 25	2-4-9-11-18-23		25	23
	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER,	2	**Lunes,09:00:00,11:00:00** 2-9 **Miercoles,09:00:00,11:00:00** 4-11-18 **Lunes,12:15:00,14:15:00** 23-30 **Miercoles,12:15:00,14:15:00** 25	2-4-9-11-18-23-25-30			
	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER,	3	**Martes,11:00:00,13:00:00** 3-10-17 **Jueves,11:00:00,13:00:00** 5-12 **Jueves,10:15:00,12:15:00** 19-26 **Martes,10:15:00,12:15:00** 24-31	3-5-10-12-17-19-24-26-31			

FECHA - HORARIO	2021-08-02 (10:30:00 - 11:00:00)	TEMA	SIM, horario, escenario deportivo
FECHA - HORARIO	2021-08-03 (11:00:00 - 12:00:00)	TEMA	Saludo y bienvenida, horarios presencialidad, guias
FECHA - HORARIO	2021-08-04 (11:45:00 - 12:30:00)	TEMA	Facebook live 18 agosto, vestuario y horarios de encuentro
FECHA - HORARIO	2021-08-24 (12:10:00 - 13:10:00)	TEMA	Reunión horarios y cursos



ALEJANDRO PRIETO ARIAS
C.C. 1022385803
Vo.Bo. Apoyo a la supervisión

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	JOSE DAVID SALINAS MEDINA	COORDINADOR	ALEJANDRO PRIETO ARIAS
FECHA REVISIÓN	2021-09-21 10:07:10	Mes	Septiembre

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO FRANCISCO DE PAULA	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER,	1	**Miercoles,15:00:00,17:00:00** 1-8-15-22-29 **Lunes,15:00:00,17:00:00** 6-13-20-27	1-6-8-13-15-20		27	17
	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER,	2	**Miercoles,12:15:00,14:15:00** 1-8-15 **Lunes,12:15:00,14:15:00** 6-13 **Lunes,12:30:00,14:30:00** 20-27 **Miercoles,12:30:00,14:30:00** 22-29	1-6-8-13-15-20			
	FRANCISCO DE PAULA SANTANDER,	3	**Jueves,10:15:00,12:15:00** 2-9-16-23-30 **Martes,10:15:00,12:15:00** 7-14-21-28	2-7-9-14-16			

FECHA - HORARIO	2021-09-03 (10:30:00 - 11:30:00)	TEMA	Solicitud a la IED, planeación de sesiones de clase
FECHA - HORARIO	2021-09-14 (08:30:00 - 10:00:00)	TEMA	Ruta de armonización y articulación
FECHA - HORARIO	2021-09-14 (16:30:00 - 17:40:00)	TEMA	Reunión zonal 5



ALEJANDRO PRIETO ARIAS
C.C. 1022385803
Vo.Bo. Apoyo a la supervisión