

**ACOMPANAMIENTO A LAS ACTIVIDADES**

<b>FECHA:</b>	<b>20/02/2025</b>	<b>PROGRAMA Y/O ACTIVIDAD:</b>	<b>SESIÓN CLASE CI NATACIÓN IED HUNZA</b>
<b>PERSONA QUE REALIZA EL ACOMPAÑAMIENTO</b>	Karol Dayana Guio Cardozo	<b>BARRIO</b>	Suba Rincón
<b>PERSONA QUE REALIZA LA ACTIVIDAD</b>	Eric Marlon Neuta Veloza	<b>LOCALIDAD</b>	Suba
<b>PARQUE Y/O ESCENARIO</b>	Cefe Cometas	<b>UPZ</b>	Suba
<b>HORA DE LA VISITA</b>	1:15 pm -2:45 pm	<b>ID SIM DE LA ACTIVIDAD</b> (Si aplica)	N/A

1. ¿PORTA DE MANERA ADECUADA LAS PRENDAS INSTITUCIONALES Y CARNÉ?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>	6. ¿EL LENGUAJE VERBAL Y/O CORPORAL UTILIZADO POR EL EJECUTOR DE LA ACTIVIDAD ES ADECUADO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>
2. ¿DISPONE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEPORTIVA Y/O MATERIAL REQUERIDO PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>	7. ¿REALIZA SUGERENCIAS Y CORRECCIONES INDIVIDUALES O COLECTIVAS?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>
3. ¿LLEVA A CABO EL CONTROL DE ASISTENCIA/ REGISTRO/ CONTEO DE LOS BENEFICIARIOS?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>	8. ¿REALIZA RESUMEN Y/O RETROALIMENTACIÓN DE LA SESION / ENTRENAMIENTO/JORNADA?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>
4. ¿APLICA DE MANERA COHERENTE EL PLAN PEDAGÓGICO/PLAN DE ENTRENAMIENTO/ PLAN DE CLASE/ DOCUMENTO METODOLÓGICO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>	9. ¿CUMPLE CON LOS HORARIOS ESTABLECIDOS PARA LA ACTIVIDAD/SESION/ENTRENAMIENTO/JORNADA?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>
5. ¿PRESENTA DOMINIO DEL GRUPO O USUARIO?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>	10. OTRA, CUÁL?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>

**OBSERVACIONES.**  
Cumple con los lineamientos establecidos por el proyecto Jornada Escolar Complementaria.

  
FIRMA DE PERSONA QUIEN REALIZA LA ACTIVIDAD/SESIÓN/  
ENTRENAMIENTO/JORNADA

  
FIRMA DE PERSONA QUIEN REALIZA EL  
ACOMPANAMIENTO