

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.	2		
FECHA DEL INFORME	DD	MM	AAAA
	30	06	2024

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1236 DE 2 DE MAYO DE 2024
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JHON GABRIEL QUICENO DIAZ	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	79.728.379	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR DEL CENTRO DE INTERÉS DE SU ESPECIALIDAD PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE ASIGNADAS.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	CUATRO (4) MESES O HASTA LA FINALIZACIÓN QUE SEA ESTABLECIDA PARA LA EJECUCIÓN DEL CONVENIO IDRD - SED, lo que primero ocurra.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	ONCE MILLONES CUATRICIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL PESOS (\$11.456.000) M/Cte	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	2 DE MAYO DE 2024	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	N/A	Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)		Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	01/09/2024	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	01/06/2024 AL 30/06/2024	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	Avance, evidencias y ubicación					
Obligación No. 1: Planear cada una de las sesiones de clase transversalizando el componente pedagógico y psicosocial del proyecto jornada escolar complementaria implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena y ejecutar de manera presencial, virtual y/o alternativas 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), (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM), 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 los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.	Actividades: Pará este periodo reportado se realizaron las actividades con los estudiantes de la I.E.D SANTA MARTHA y se realizaron las planeaciones de las sesiones con los grupos asignados como se relacionan a continuación:					
	NOMBRE DEL COLEGIO	NO. DE GRUPO	HORARIO	SESIONES PLANEADAS	SESIONES EJECUTADAS	TOTAL
	Santa Martha	Grupo 1	martes jueves de 9:00 a 11:00 am	Junio 4,6,11 y 13	Junio 4,6,11 y 13	4
		Grupo 2	miércoles viernes de 9:00 a 11:00 am	Junio 5,7,12 y 14	Junio 5,7,12 y 14	4
		Grupo 3	miércoles viernes de 11:30 a 2:30 pm	Junio 5,7,12 y 14	Junio 5,7,12 y 14	4
		Grupo 4	martes jueves de 11:30 a 2:30 pm	Junio 4,6,11 y 13	Junio 4,6,11 y 13	4
Evidencia: evidencia fotográfica y actas de reunión						
Ubicación: Secop II en el ítem 7 “ejecución del contrato”, sección documentos de ejecución de contrato en la Carpeta Evidencias 1 Informe junio 1236-2024, parte 1 Subcarpeta de la obligación 1						

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)

Obligación No. 2: Conocer 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.	Actividades Se hace la solicitud por parte del formador del centro de interés GIMNASIA a la institución educativa SANTA MARTHA, la cual se comprometió en brindar la documentación solicitada tan pronto se termine el registro y se consolide la información de los estudiantes de la IED.								
Obligación No. 3: Identificar y reportar a los estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva, que cumplen condiciones y parámetros establecidos por el componente de talentos deportivos y remitirlos al formador profesional encargado.	Actividades: Para este periodo no se identificaron estudiantes que cumplan con lo requerido para esta obligación, no obstante, se está en la detección de estudiantes que cumplan con estas características.								
Obligación No. 4: Asistir, participar y/o apoyar 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, eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para el desarrollo de actividades relacionadas con	Actividades: He asistido a reuniones convocadas por los gestores IED y los profesionales del componente psicosocial. Además, se participó en la planeación y ejecución de las Vacaciones Recreo deportivas asignadas en los diferentes parques de la zona 6 Los días 24 a 29 y 1 al 06 de Julio. <table border="1" data-bbox="634 1536 1482 1868"> <thead> <tr> <th colspan="2">TEMAS A DESARROLLAR</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14 de junio de 2024</td><td>Reunión formadores zona 6 virtual MEET</td></tr> <tr> <td>17 de junio de 2024</td><td>Reunión salón presidente IDRD presentación nueva gerencia</td></tr> <tr> <td>19 de junio de 2024</td><td>Reunión componente Psicosocial y Gerencia C.E.A.D</td></tr> </tbody> </table>	TEMAS A DESARROLLAR		14 de junio de 2024	Reunión formadores zona 6 virtual MEET	17 de junio de 2024	Reunión salón presidente IDRD presentación nueva gerencia	19 de junio de 2024	Reunión componente Psicosocial y Gerencia C.E.A.D
TEMAS A DESARROLLAR									
14 de junio de 2024	Reunión formadores zona 6 virtual MEET								
17 de junio de 2024	Reunión salón presidente IDRD presentación nueva gerencia								
19 de junio de 2024	Reunión componente Psicosocial y Gerencia C.E.A.D								

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)

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, que deben ser autorizados por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD o Dirección General.	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="621 361 841 463">20 de junio de 2024</td><td data-bbox="841 361 1502 463">Reunión componente Operativo y Semilleros C.E.A.D</td></tr> </table>	20 de junio de 2024	Reunión componente Operativo y Semilleros C.E.A.D
20 de junio de 2024	Reunión componente Operativo y Semilleros C.E.A.D		
Obligación No.5: El Contratista adoptará todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto de intereses conforme con lo estipulado en la resolución 424 de 2021 o las vigentes, “por medio de la cual se adopta la política sobre conflicto de Intereses en el Instituto Distrital de Recreación y Deporte-IDRD. Esta situación se produce cuando, como consecuencia de intereses económicos, profesionales, afinidades políticas o nacionales, vínculos familiares o afectivos, o cualesquiera otros intereses compartidos, se ve comprometida la ejecución imparcial y objetiva del Contrato.	Evidencia: evidencias fotográficas, planeaciones y actas de reunión Ubicación: Secop II en el ítem 7 “ejecución del contrato”, sección documentos de ejecución de contrato en la Carpeta Evidencias 1 Informe junio 1236-2024, parte 1 Subcarpeta de la obligación 1 Actividades: Se adoptarán todas las medidas necesarias para evitar cualquier situación de conflicto y se dé la correcta ejecución del contrato.		
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 APORE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SANITAS EPS	\$ 162.500
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	\$208.000
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	\$31.700
	TOTAL	\$ 402.200

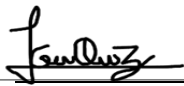
4. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc.).

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

Nombre: Jhon Gabriel Quiceno Diaz

N° de identificación: 79.728.379



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

En el presente período el contratista cumplió a cabalidad con sus obligaciones contractuales.



VoBo Supervisor del contrato

Nombre: William Rene Torres Agudelo

N° de Identificación: 80240522

Cargo: Asesor Código 105 Grado 01

Gerente Proyecto JEC

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

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO
(Artículos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional)

Conozco que de acuerdo con el Inciso 6 del parágrafo 4 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	Nombre del Contratista		JHON GABRIEL QUICENO DIAZ								
2	Identificación		CC	X	CE		Numero	79728379	N° contrato	1236 - 2024	
3	Responsable del impuesto a las ventas								SI	NO	X
4	Pertenece al Regimen Simple								SI	NO	X
5	Residente en el país (Extranjeros)								SI	NO	
6	Mis ingresos totales en el año gravable 2023, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2023), equivalentes a \$59,376,800								SI	NO	X
7	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.										
	Número de planilla		77185662		Fecha de pago		19/06/2024		Valor pagado	\$ 402.200,00	
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$			\$ 162.500,00			Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$		\$ 208.000,00		
	Afilación Aportes Riesgos Laborales ARL \$			31.700,00			Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente				
8	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual										
	AFC \$				Ahorro Voluntario Pensión \$						
9	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 (2023). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo								SI	NO	X
10	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 (2023). Anexo								SI	NO	X
11	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.										
	De acuerdo al Art. 7 de la ley 2277 del 2022 solo se podra deducir hasta un valor mensual de \$282.390 por cada dependiente económico, y hasta un máximo de cuatro (4) dependientes. Certifico bajo la gravedad de juramento el numero de dependientes (si no tiene dependientes colocar (0))									#	1
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil de cada uno). Anexo								SI	X	NO
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil de cada uno y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo								SI		NO
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil de cada uno y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo								SI		NO
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2023) \$11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo								SI		NO
e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2023) \$11.027.120 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo								SI		NO	
12	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.								SI	NO	X
13	(OPCIONAL) Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una retención en la fuente superior a la establecida en el (parágrafo 3 del Artículo 383 ET), la cual será 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.

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
		TOTAL A PAGAR				
2024-05	2024-05	I	19/06/2024	77185662	\$402.200	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79728379	JOHN GABRIEL QUICENO DIAZ		carrera 72 # 23-24 interior 22 apto 301	6590936	JKISSCHEERS@HOTMAIL.CO M
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-05	2024-05	I	19/06/2024	77185662	\$402.200

DETALLE POR COTIZANTE																																												
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN						
1	CC	79728379	QUICENO DIAZ JOHN GABRIEL	57	0			N																230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0

PAGADA



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

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	79728379
NOMBRES	JOHN GABRIEL
APELLIDOS	QUICENO DIAZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/22/2024 12:22:15	Estación de origen:	192.168.70.220
----------------------------	------------------------	----------------------------	----------------

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES”.

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**,

1.RELACIÓN SESIONES							
NOMBRE	JOHN GABRIEL QUICENO DIAZ		COORDINADOR	JESSICA ALEJANDRA MARTINEZ RAMIREZ			
FECHA REVISIÓN	2024-06-24 21:05:44		Mes	Junio			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO SANTA MARTHA (IED)	SANTA MARTHA,	1	Martes,09:00:00,11:00:00 4-11 Jueves,09:00:00,11:00:00 6-13	4-6-11-13		16	16
	SANTA MARTHA,	2	Miercoles,09:00:00,11:00:00 5-12 Viernes,09:00:00,11:00:00 7-14	5-7-12-14			
	SANTA MARTHA,	3	Miercoles,12:30:00,14:30:00 5-12 Viernes,12:30:00,14:30:00 7-14	5-7-12-14			
	SANTA MARTHA,	4	Martes,12:30:00,14:30:00 4-11 Jueves,12:30:00,14:30:00 6-13	4-6-11-13			

JhonQuiceno

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ARL CTO 1236-2024.pdf	ARL CTO 1236-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CTO 1236-2024.pdf	CTO 1236-2024.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	INFORME 2319 ENERO JHON QUICENO.pdf	INFORME 2319 ENERO JHON QUICENO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 01 CPS 1236-2024 MAYO 2024 PARTE 1 -zip	EVIDENCIAS INFORME 01 CPS 1236-2024 MAYO 2024 PARTE 1 -zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 01 CPS 1236-2024 MAYO 2024 PARTE 2 -zip	EVIDENCIAS INFORME 01 CPS 1236-2024 MAYO 2024 PARTE 2 -zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 02 CPS 1236-2024 JUNIO 2024 PARTE 1 -zip	EVIDENCIAS INFORME 02 CPS 1236-2024 JUNIO 2024 PARTE 1 -zip	Proveedor	Descargar	Detalle
				Borrar	Cargar nuevo

Cancelar

JhonQuiceno

< Evaluación de la Entidad Estatal >