Si no maneja consecutivo coloque N.A.	COMITÉ/REUNIÓN: CUALIFICACIÓN PRIMER DÍA SEMANA DE RECESO	DD	MM	AA
ACTA No. N/A		5	10	2020

LUGAR: METODO VIRTUAL GOOGLE MEET **HORA DE INICIO:** 7:00 **HORA FIN:** 9:00

A

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
YAIR JAVIER GONZALEZ	ZONAL PEDAGOGICA ZONA 1 Y 4	DEPORTES TEC/IDRD
JAIME WILSON ESTRADA	ZONAL OPERATIVO ZONA 1	DEPORTES TEC/IDRD
JAMES HUERTAS	GESTOR IED	DEPORTES TEC/IDRD

ORDEN DEL DIA

1. Explicacion manejo del Drive	
2. Quedatec en casa LINEAMIENTOS DE LA SEMANA .	

TEMAS TRATADOS

1. Se da indicaciones acerca de como cargar evidencias al Drive que cada uno de los gestores IED hace entrega a sus formadores para diligenciarlo día a día. se sube al drive evidencias como Link de grabacion de reuniones, propuestas de planes pedagogicos, guías didácticas. Se hace aclaración que el formato Drive para cargar evidencias será utilizado en cualificaciones de semana de receso, con el fin de mantener un control sobre cada uno de los formadores y sus respectivas actividades. Se enfatiza en que el link de cada reunion que debe subirse al Drive debe ser el de la grabación.

2. Se hace una retroalimentación acerca de lineamientos de cada sesion y firma adecuada de la sesion dada, haciendo un enfasis en la parte inicial de la sesion, el desarrollo de la parte central, en donde se ubica el reto como parte final de la fase central y la fase final donde la retroalimentación y resolución de preguntas finalizan la sesion haceidno uso completo de las dos (2) horas de impacto sincronico o asincronico que se realice.

TEMAS TRATADOS

COMPROMISOS		
TEMA	**RESPONSABLE**	**FECHA LÍMITE** PARA SU REALIZACIÓN

EVALUACIÓN Y CIERRE DE LA REUNIÓN				
¿Se logró el objetivo?	**SI**	X	**NO**	
Observaciones				

Siendo las 09:00 se da por terminado el comité/reunión, en constancia firman:

PRESIDENTE / DELEGADO / JEFE DEPENDENCIA / QUIÉN CONVOCA		SECRETARIO (S) Si en la reunión no se maneja esta delegación coloque N.A.		
FIRMA	JAMES HUERTAS V	**FIRMA**		
NOMBRE	JAMES HUERTAS V	**NOMBRE**		
CARGO	GESTOR IED	**CARGO**		

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	ÁNGEL ANDRÉS TRIANA RAMÍREZ.

LISTADO DE ASISTENCIA / REGISTRO DE DIVULGACIÓN

EVENTO: CUALIFICACIÓN 1 SEMANA DE RECESO **FECHA:** 05-10-2020

HOR A INICIA L 07:00 **HOR A FINA L** 09:00 **LUGAR** Plataforma Google Meet

					DILIGENCIAR POR ASISTENTES EXTERNOS AL IDRD		
No.	**NOMBRE**	**CARGO**	**DEPENDENCIA**	**FIRMA**	**ENTIDAD**	**CORREO ELECTRÓNICO**	**TELÉFONO**
1	**ANGEL ANDRES TRIANA**	FORMADOR	DEPORTES TEC/IDRD				
2	YORDI REYES	FORMADOR	DEPORTES TEC/IDRD				
3	JULIO ERNESTO FLORES	FORMADOR	DEPORTES TEC/IDRD				
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							

Con la suscripción del presente formulario, autorizo al ID RD así como a cualquier dependencia y/ o área del instituto, a reali za r el tratamiento sobre mis datos personales con sujeción a lo establecido en sus Políticas de Protección de Datos Personale s, atendiendo a las finalidades en