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.	1		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	05	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1826 del 05 de Mayo de 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2021800201100618E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Machado Siachoque William Andres	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1030564958	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como TÉCNICO DEL CENTRO DE INTERES asignado para realizar las sesiones de clase en el proyecto de inversión.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	(7) MESES (25) DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	Diecisiete millones ochocientos cuarenta y dos mil quinientos ($ 17,842,500.00) pesos M/cte.	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	10 de Mayo 2021	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	NO APLICA	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	NO APLICA	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	30 DE DICIEMBRE DEL 2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	10 DE MAYO AL 30 DE MAYO 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 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:** Durante este periodo se promueven las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas de los niños niñas, adolescentes y jóvenes en la creación de cartillas y estructuración de malla curricular. **Evidencia:** Actas de reuniones. **Ubicación:** Evidencias informe Mayo SECOP II carpeta Obligación 1.
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	**Actividades:** Cumpliendo con la obligación y como soporte se trabaja sobre el documentos construido en el 2021 (malla curricular) DEL CENTRO DE INTERES teniendo en cuenta los programas pedagógicos, que serán el soporte para la planificación de sesiones en el SIM. **Evidencia:** Malla Curricular.

<table>
<tr><td>profesional IED.</td><td>Ubicación: Evidencias informe Mayo SECOP II carpeta Obligación 2.</td></tr>
<tr><td>Obligación 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 de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.</td><td>Actividades:
Durante este periodo no se realiza trabajo en el SIM, pero a la fecha se están estructurando con el aval de la rectoría y docente enlace los grupos para impactar en la IED. Se relacionan las siguientes actividades del colegio.

<table>
<tr><th>FECHA</th><th>TEMAS</th><th>PARTICIPANTES</th></tr>
<tr><td>10-05-2021-</td><td>PARO NACIONAL</td><td>IED EOH</td></tr>
<tr><td>11-05-2021-</td><td>DERECHOS HUMANOS Y MODULOS A TRABAJAR.</td><td>EQUIPO COMPONENTE SOCIAL</td></tr>
<tr><td>11-05-2021</td><td>BIENVENIDA Y PLAN DE TRABAJO EOH</td><td>FORMADORES Y DOCENTE ENLACE</td></tr>
<tr><td>11-05-2021-</td><td>PROPUESTA DISEÑO Y CONTENIDO DE GUÍAS PEDAGÓGICAS DIDÁCTICAY CONSTRUCCION DE MALLA CURRICULAR Y EXPOSICION DEL PEI</td><td>FORMADORES EOH</td></tr>
<tr><td>13-05-2021-</td><td>COMISION DE EVALUACION</td><td>IED EOH</td></tr>
<tr><td>14-05-2021-</td><td>DIA DEL MAESTRO</td><td>IED EOH</td></tr>
<tr><td>14-05-2021-</td><td>DESARROLLO Y PLANIFICACION DEL COMPONENTE SOCIAL PARA LAS CLASES</td><td>EQUIPO COMPONENTE SOCIAL</td></tr>
<tr><td>19-05-2021-</td><td>REUNION OPERATIVA, REVISION DEL SIM</td><td>FORMADORES Y GESTOR EOH</td></tr>
<tr><td>24-05-2021-</td><td>PLAN DE TRABAJO EOH</td><td>FORMADORES, GESTOR Y ENLACE IED</td></tr>
<tr><td>31-05-2021-</td><td>REVISION DE GRUPOS IMPACTADOS POR GUIAS.</td><td>GESTOR IED, FORMADORES IED ENRIQUE OLAYA HERRERA</td></tr>
</table>

Evidencia: Actas de reuniones.

Ubicación: Evidencias informe Mayo SECOP II carpeta Obligación 3.</td></tr>
</table>

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)

<table>
<tr>
<td>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.</td>
<td>
Actividades:
Durante este periodo el cual transcurre entre el 10 de Mayo y 31 de Mayo se cumple de manera conjunta con el gestor IED en todos los lineamientos operativos y pedagógicos del centro de interés en pro de mantener y mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje de todos nuestros escolares en la IED.

RELACION DE ACTIVIDADES:

<table>
<tr><th>FECHA</th><th>TEMAS</th><th>PARTICIPANTES</th></tr>
<tr><td>11-05-2021-</td><td>DERECHOS HUMANOS Y MODULOS A TRABAJAR.</td><td>EQUIPO COMPONENTE SOCIAL</td></tr>
<tr><td>11-05-2021</td><td>BIENVENIDA Y PLAN DE TRABAJO EOH</td><td>FORMADORES Y DOCENTE ENLACE</td></tr>
<tr><td>11-05-2021-</td><td>PROPUESTA DISEÑO Y CONTENIDO DE GUÍAS PEDAGÓGICAS DIDÁCTICAY CONSTRUCCION DE MALLA CURRICULAR Y EXPOSICION DEL PEI</td><td>FORMADORES EOH</td></tr>
<tr><td>14-05-2021-</td><td>DESARROLLO Y PLANIFICACION DEL COMPONENTE SOCIAL PARA LAS CLASES</td><td>EQUIPO COMPONENTE SOCIAL</td></tr>
<tr><td>19-05-2021-</td><td>REUNION OPERATIVA, REVISION DEL SIM</td><td>FORMADORES Y GESTOR EOH</td></tr>
<tr><td>24-05-2021-</td><td>PLAN DE TRABAJO EOH</td><td>FORMADORES, GESTOR Y ENLACE IED</td></tr>
<tr><td>31-05-2021-</td><td>REVISION DE GRUPOS IMPACTADOS POR GUIAS.</td><td>GESTOR IED, FORMADORES IED ENRIQUE OLAYA HERRERA</td></tr>
</table>

Evidencia: Actas de reuniones.

Ubicación: Evidencias informe Mayo SECOP II carpeta Obligación 4.
</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación 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</td>
<td>
Actividades:
Durante este periodo no se cuenta con antecedentes médicos de los estudiantes ya que no se están realizando las clases con la IED asignada, pero se cuenta con el aval de esta para dar inicio a las sesiones e impactos con los escolares según las reuniones y articulaciones realizadas con el docente docente enlace.
</td>
</tr>
</table>

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)

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.	**Evidencia:** Actas de reuniones. **Ubicación:** Evidencias informe Mayo SECOP II carpeta Obligación 5.
Obligación 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.	Durante este periodo de actividades No se identifica a ningún escolar con cualidades que cumplan con las condiciones para ingresar al proyecto semilleros, al momento de identificar alguno daré aviso a mi gestor y a la IED, para realizar el respectivo seguimiento.
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, asi como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad.	**Actividades:** Durante este periodo se me asignado la participación en ningún evento debido al confinamiento.
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	

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)

contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	0.00
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	0.00
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	0.00
	TOTAL	0.00

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.

Firma Contratista
MACHADO SIACHOQUE WILLIAM ANDRES
CC. 1030551224

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:
DURANTE EL PRESENTE LAPSO EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ
GESTOR IED TEC – IDRD CC: 79403311
20 MAYO 2021



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

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 1826 - 2020**													
2	Nombre del Contratista	**MACHADO SIACHOQUE WILLIAM ANDRES**													
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1030564958**							
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 $	**0,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**0,00**					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**0,00**						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 **5** AA **2021**

FIRMA

POSITIVA

Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

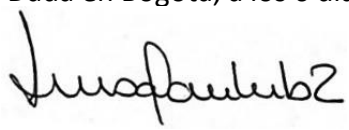
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que WILLIAM ANDRES MACHADO SIACHOQUE, con Cédula Ciudadanía No. 1030564958 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099, tiene un registro como Independiente desde el 07/05/2021 y fecha fin de contrato 05/01/2022 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20210101572579.

Dada en Bogotá, a los 6 días del mes de mayo de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Fundación Médica Mira tu Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

CERTIFICADO CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 18/03/2019 2.32 PM

SO FR 01 VERSION 01

F.26/05/2011



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD		
Dirección	CALLE 24 A SUR No 68 H 66	Nit	830104032-4
e-mail	coordinacionso@miratusalud.com.co	Teléfonos	4173131

TIPO DE EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA DE EXAMEN: 2019-03-18 14:29:47

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	WILLIAM ANDRES MACHADO SIACHOQUE			Identificación	CC	1030564958	Sexo M
Fecha de Nacimiento	18/11/1989	Edad	29 Años	Teléfonos	3166016383		
Dirección	CL 9A 78 - 40	Municipio	Bogotá, D.C.	EPS	Compensar		
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS		Fondo de Pensiones	PORVENIR S.A.			

DATOS EMPRESA

Empresa Contratante	Atencion a Particulares	Empresa Usuaria	NO APLICA
Cargo	FORMADOR DEPORTTIVO	Fecha Ingreso	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

VISIOMETRIA SALUD OCUPACIONAL	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL	APTO PARA EL CARGO	
CONCEPTO ESPECIFICO 1	NO APLICA	
CONCEPTO ESPECIFICO 2	NO APLICA	
RESTRICCIÓN	NO APLICA	
REUBICACIÓN	NO APLICA	
REMISION EPS	NO	

RECOMENDACIONES	
INDUCCIÓN ESPECÍFICA AL CARGO O REINDUCCIÓN	
ACONDICIONAMIENTO FÍSICO O PAUSAS ACTIVAS	
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	CUANDO LO REQUIERA.
HIGIENE POSTURAL Y/O MANEJO DE CARGAS	
VALORACIÓN OCUPACIONAL O PARACLÍNICOS PERIÓDICOS	
CHEQUEOS POR EPS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	

Certifico que la información por mi aportada es veraz y que fui informado acerca de la confidencialidad de la misma, así como de los resultados de los exámenes paraclínicos practicados de acuerdo con los términos de la Resolución 2346 de 2007 y en especial la Resolución 1918 de 2009 del Ministerio de la Protección Social. En ese sentido Autorizo a la Fundación Medica Mira Tu Salud a realizar los exámenes clínicos y paraclínicos pertinentes, a mantener dentro de su archivo de historias clínicas de Salud Ocupacional y con fines estrictamente médicos, el original y/o copia de mi historia clínica ocupacional y además a suministrarla a las entidades administrativas o judiciales autorizadas por la ley, en especial a las del sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP y juntas de calificación de invalidez) que las requieran, como parte del proceso de calificación de origen de enfermedad y/o accidente, así como para calificación de la perdida de la capacidad laboral, también a proporcionar la información de los resultados de mis exámenes paraclínicos con el fin de que la empresa contratista implemente y ejecute los SVE respectivos.

Dr. HARRISON A. BARON A.
SPS. SALUD OCUPACIONAL
U. ROSARIO
C.C. 79.793.400 BTA.
LIC. 4640 / 2014

HARRISON AUGUSTO BARON AVILA.
C.C 79793400 RM: 1578 de 2001
Firma y sello del Médico Evaluador

WILLIAM ANDRES MACHADO SIACHOQUE
C.C 1030564958
Firma del trabajador Evaluado



Pagina Web: www.miratusalud.com.co

Scanned with CamScanner

Fundación Médica Mira tu Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

EXAMEN VISIOMETRIA SALUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 18/03/2019 2.32 PM

Nombres y Apellidos WILLIAM ANDRES MACHADO SIACHOQUE **Identificación** CC 1030564958

	SIN CORRECION			CON CORRECION		
OJO	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL
PROXIMA		0.50 m		0.50 m		0.50 m

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
SEGMENTO ANTERIOR DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS	SEGMENTO ANTERIOR DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS

EXAMEN MOTOR

COVER TEST

VL	VP
ORTHOFORIA	EXOFORIA

PERCEPCION

VISION CROMATICA	NORMAL	
ESTEREOPSIS	NORMAL	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Examen de ojos y de la visión
DIAGNOSTICO RELACIONADO	
DIAGNOSTICO RELACIONADO	
DIAGNOSTICO RELACIONADO	
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	EMETROPE. SE RECOMIENDA USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE. CONTROL VISUAL SEGÚN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA EMPRESA.

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y se anexará a la historia clínica ocupacional, que toda la información que se ha suministrado es verdadera y no he omitido ninguna que pueda ser causante de dificultades laborales en el futuro y se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales,extraocupacionales y sus consecuencias. En constancia de lo anterior firmo.

OPTOMETRA SANDRA PARDO GELVEZ
OPTOMETRA REG. 1212
ESP. SALUD OCUPACIONAL
P. U. JAVERIANA

SANDRA MILENA PARDO
RM: RESOL 3150 del 10/04/2017
Firma y sello del Médico Evaluador

WILLIAM ANDRES MACHADO
C.C 1030564958
Firma del trabajador Evaluado



Scanned with CamScanner

Fundación Médica Mira tu Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

EXAMEN VISIOMETRIA SALUD OCUPACIONAL

Fecha de Impresión 18/03/2019 2.32 PM



FECHA DEL EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR
FECHA DEL EXAMEN 2019-03-18 14:22:50

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD	**Nit**	830104032-4
Dirección	CALLE 24 A SUR No 68 H 66	**Teléfonos**	4173131
e-mail	coordinacionso@miratusalud.com.co		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	WILLIAM ANDRES MACHADO SIACHOQUE			**Identificación**	C	1030564958		**Sexo**	M	**G.S. Rh.**	O +
Fecha de Nacimiento	18/11/1989	**Lugar Nacimiento**	BOGOTA		**Edad**	29 Años		**Estado Civil**		Soltero (a)	
Escolaridad	Profesional	**Procedencia**	**Departamento**	Bogotá, D.C.				**Municipio**		Bogotá, D.C.	
Dirección	CL 9A 78 - 40					**Teléfonos**	3166016383				
EPS	Compensar		**ARL**	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS							

DATOS EMPRESA

Empresa Contratante	Atencion a Particulares		
Empresa en Misión	NO APLICA	**Cargo**	FORMADOR DEPORTTIVO
Fecha Ingreso	SIN INFORMACION	**Jornada de trabajo**	SIN INFORMACION

ANTECEDENTE LABORALES

NO REFIERE

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCULARES (GOLPES, QUEMADURA, POLVORA, ESQUIRLAS, POLVO, OTROS)	NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL - LENSOMETRIA

Ultimo Examen	Usa RX	OD	OI	CORRECCION
Entre 1 año y 2 años	NO APLICA			NO

SINTOMATOLOGIA

DISMINUCION AV LEJOS	NO	
DISMINUCION AV CERCA	NO	
ENROJECIMIENTO	NO	
CANSANCIO	NO	
DESVIACION OCULAR	NO	
LAGRIMEO	NO	
ARDOR	NO	
PRURITO	NO	
CEFALEA	NO	
SECRECION	NO	
RESEQUEDAD	NO	
FOTOFOBIA	NO	
OTROS	NO APLICA	

AGUDEZA VISUAL

	SIN CORRECION			CON CORRECION		
OJO	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL
LEJANA	20/20	20/20	20/20			

Scanned with CamScanner



La Secretaría Distrital de Salud, el Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático – IDIGER

HACEN CONSTAR QUE:

WILLIAM ANDRES MACHADO SIACHOQUE

CC 1030564958

Tomó el curso virtual gratuito
Primer respondiente ¡Gente que ayuda!

Nota: Esta constancia no acredita como instructor o capacidad de respuesta especializada

Bogotá D.C. 17 de Junio de 2020

SBI-20206894263343

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARIA DE SALUD

U.A.E. CUERPO OFICIAL BOMBEROS BOGOTÁ D.C.

IDIGER Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. BOGOTÁ

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 1826 4924.pdf	1. CRP 1826 4924.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 1826.pdf	2. ARL 1826.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1826-2021 MACHADO SIACHOQUE WILLIAM ANDRES.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1826-2021 MACHADO SIACHOQUE WILLIAM ANDRES.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	PRIMER RESPONDIENTE.pdf	PRIMER RESPONDIENTE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS MAYO IDRD-CTO 1826 - 2021.zip	EVIDENCIAS MAYO IDRD-CTO 1826 - 2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ
GESTOR IED TEC – IDRD CC: 79403311
20 MAYO 2021



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	1030564958
NOMBRES	WILLIAM ANDRES
APELLIDOS	MACHADO SIACHOQUE
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	09/05/2003	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 05/18/2021 20:03:39 **Estación de origen:** 192.168.70.1

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

INDUCCIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Puntos totales 100/100

De conformidad con el artículo 2.2.4.6.11 del Decreto Único del Sector Trabajo 1072 del 2015, expedido por el Ministerio del Trabajo, establece que "El empleador debe proporcionar a todo trabajador que ingrese, independiente de su forma de contratación y vinculación y de manera previa al inicio de sus labores, una inducción en los aspectos generales y específicos de las actividades a realizar, que incluya entre otros, la identificación y el controlde peligros y riesgos en su trabajo y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales".

Nota: En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 (ley de protección de datos personales), la información recolectada en el presente formulario tiene carácter privado y serán tratados de manera reservada, confidencial y restringida.

Correo *

wallas18_07@hotmail.com

1. Fecha en la que realizó la inducción y/o reinducción del SG - SST *

DD MM AAAA

18 / 05 / 2021

2. Nombre y Apellido *

William Machado

3. Número de identificación *

1030564958

4. Tipo de Vinculación *

Si no maneja consecutivo coloque N.A.	COMITÉ/REUNIÓN: OPERATIVA IED EOH	DD	MM	AA
ACTA No. N.A		11	5	2021

LUGAR:	PLATAFORMA VIRTUAL MEET	**HORA DE INICIO:**	14:00 PM	**HORA FIN:**	16:00 pm.

ASISTENTES		
NOMBRE	**CARGO**	**DEPENDENCIA**
FORMADORES IED EOH	FORMADOR	DEPORTES IDRD
PEDRO MORENO GUEVARA	DOCENTE ENLACE	DEPORTES IDRD

ORDEN DEL DIA	
1. PRESENTACION FORMADORES CONVENIO	
2. OPERATIVIDAD IED	

TEMAS TRATADOS
1. PRESENTACION FORMADORES CONVENIO
El Gestor IED Daniel Rojas hace la presentación de los formadores de rubro convenio asignados a la IED Enrique Olaya Herrera
MOSQUERA BEJARANO HENRY; QUINTERO HUERTAS ANDRES FERNANDO; ROJAS HERRERA CRISTHIAN MAURICIO
DE ARCO GOMEZ VERONICA CANDELARIA; GUTIERREZ GAMBASICA GENARO, MORA GOMEZ LAURA MIREYA, RODRIGUEZ
ABELLO RAFAEL ANTONIO, MACIAS MUÑOZ RODRIGO, MACHADO SIACHOQUE WILLIAM ANDRES, MURILLO GUERRERO IVAN
MORA CORRALES JOHANNA ROCIO. El Gestor IED Daniel Rojas Informa que faltan 4 formadores por asignar para completar 24
formadores para la IED EOH.
2. OPERATIVIDAD IED
El Docente Enlace Pedro Moreno informa sobre las estrategias utilizadas en la IED Enrique Olaya Herrera; Alternancia; virtual y por
guías. Se realiza la asignación de grupos a los formadores asignados. Los horarios serán determinados en reunión 18/05/2021.
Los formadores que venian realizando sus sesiones presenciales de convenio seguiran impactando con esa estrategia ya que tienen
la experticia de los protocolos de bioseguridad manejados por la IED.
Los formadores nuevos en la IED son citados por el Docente Enlace Pedro Moreno a cualificación sobre el uso de la plataforma
Classroom. 11/05/2021 11:00 am.

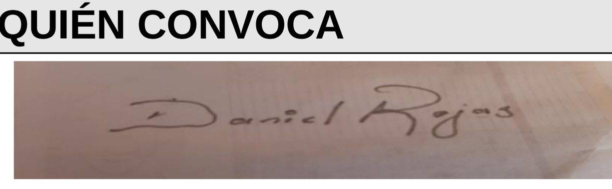
OI

COMPROMISOS		
TEMA	**RESPONSABLE**	**FECHA LÍMITE** PARA SU REALIZACIÓN
PARTICIPACION EN CRONOGRAMA ESTABLECIDO	FORMADORES	A PARTIR DE LA FECHA

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

B24B41B57B71B95LA PRESENTE ACTA CONSIGNA LAS MEMORIAS REALIZADAS EN LA REUNIÓN VIRTUAL MEDIANTE LA APLICACIÓN O PLATAFORMA VIRTUAL TEEMS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS, ANTE LA DECLARATORIA DEL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL SANITARIA, “durante el período de aislamiento preventivo obligatorio las personas naturales vinculadas a las entidades públicas mediante contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, continuarán desarrollando sus objetos y obligaciones contractuales mediante trabajo en casa y haciendo uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones”, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL DECRETO 491 DEL 28 DE MARZO DE 2020. POR LO CUAL CONTIENE FIRMAS DIGITALES Y SE RELACIONA LAS PERSONAS PARTICIPANTES

Siendo las 9:30 pm 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		**FIRMA**		
NOMBRE	JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ	**NOMBRE**		
CARGO	GESTOR IED	**CARGO**		

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ

Si no maneja consecutivo coloque N.A.	COMITÉ/REUNIÓN: OPERATIVA IED EOH	DD	MM	AA
ACTA No. N.A		12	5	2021

LUGAR: PLATAFORMA VIRTUAL MEET **HORA DE INICIO:** 14:00 PM **HORA FIN:** 16:00 pm.

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
FORMADORES IED EOH	FORMADOR	DEPORTES IDRD

ORDEN DEL DIA

1. PAGOS E INFORMES	
2. CUALIFICACION SIM - PEI IED	

TEMAS TRATADOS

1. PAGOS E INFORMES

El Gestor IED Daniel Rojas realiza cualificación entrega de pagos e informes. Se especifica a los formadores de convenio recien

contratados los documentos a entregar en la primera entrega de pagos e informes del mes de mayo 2021.

2. CUALIFICACION SIM - PEI IED

Los formadores profesionales Alejandro Díaz y Camilo Romero realizan cualificación a los formadores técnicos del PEI de la IED

Enrique Olaya Herrera. Igualmente se realiza cualificación a los formadores sobre el manejo del SIM del Proyecto 7854 Jornada

Escolar Complementaría.

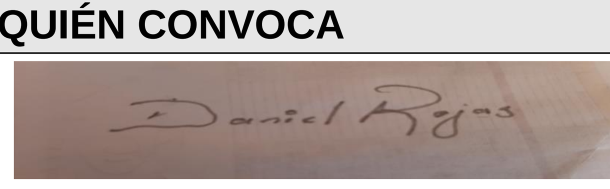
OI

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

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

B24B41B57B71B95LA PRESENTE ACTA CONSIGNA LAS MEMORIAS REALIZADAS EN LA REUNIÓN VIRTUAL MEDIANTE LA APLICACIÓN O PLATAFORMA VIRTUAL TEEMS DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS, ANTE LA DECLARATORIA DEL ESTADO DE EMERGENCIA NACIONAL SANITARIA, “durante el período de aislamiento preventivo obligatorio las personas naturales vinculadas a las entidades públicas mediante contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión, continuarán desarrollando sus objetos y obligaciones contractuales mediante trabajo en casa y haciendo uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones”, DE ACUERDO CON LO CONTEMPLADO EN EL DECRETO 491 DEL 28 DE MARZO DE 2020. POR LO CUAL CONTIENE FIRMAS DIGITALES Y SE RELACIONA LAS PERSONAS PARTICIPANTES

Siendo las 9:30 pm 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		**FIRMA**		
NOMBRE	JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ	**NOMBRE**		
CARGO	GESTOR IED	**CARGO**		

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	JOSE DANIEL ROJAS LOPEZ