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
IDRD-CTO-1788 DEL 05 MAYO-2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20218007016014 41E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	QUIJANO VELANDIA CRISTIAN DAVID	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1.023.945.163	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	DOSCIENTOS VEINTICINCO (225) DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	DIECISIETE MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE. ($17.842.500,00)	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	4 DE MAYO DE 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	27 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 4 DE MAYO AL 30 DE MAYO DE 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.).

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Actividades, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>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</td><td>ACTIVIDADES
Se da cumplimiento y se promueve las competencias básicas, socioemocionales, ciudadanas de niñas, niños, adolescentes y jóvenes por medio de la ejecución de las diversas sesiones de clase planificadas para los escolares de la IED ANTONIO GARCIA, partiendo de lineamientos establecidos por los diferentes componentes de la estrategia 7854 JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA.

• Estructura de grupos

<table>
<tr><th>Grupos</th><th>Días/impacto</th><th>Horarios</th></tr>
<tr><td>G1ActividadF</td><td>Mart-Juev</td><td>8 am- 9:30 am</td></tr>
<tr><td>G2 Actividad F</td><td>Mart -Juev</td><td>3 Pm-4:30 Pm</td></tr>
<tr><td>G3 Actividad F</td><td>Mierc -Vier</td><td>8 am- 9:30 am</td></tr>
<tr><td>G4 Actividad F</td><td>Mierc- Vier</td><td>3 Pm-4:30 Pm</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>Grupos</th><th>Ciclo</th><th>Horarios</th></tr>
<tr><td>G1ActividadF</td><td>CICLO I</td><td>27 EST.</td></tr>
<tr><td>G2 Actividad F</td><td>CICLO I</td><td>35 EST.</td></tr>
<tr><td>G3 Actividad F</td><td>CICLO II</td><td>32 EST.</td></tr>
<tr><td>G4 Actividad F</td><td>CICLO II</td><td>33 EST.</td></tr>
</table>

EVIDENCIA: Grupos SIM
UBICACIÓN:
• SECOP II– CTO-1788- evidencias mayo – carpeta #1
• Usuario SIM : Cristian.Quijano</td></tr>
<tr><td>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 profesional IED.</td><td>ACTIVIDADES
Durante el presente periodo, se desarrollaron actividades de orden operativo y pedagógico, cumpliendo de esta manera con los lineamientos establecidos del C.I ACTIVIDAD FISICA, a continuación, serán brevemente descritos:</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>

- Malla curricular **C.I ACTIVIDAD FÍSICA- CICLO I-II**

EVIDENCIA: Malla curricular **C.I ACTIVIDAD FÍSICA**, **UBICACIÓN:** SECOP II– CTO-1788- evidencias mayo – carpeta #2
</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 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

Para el vigente periodo, se planearon y se ejecutaron las sesiones de clases, partiendo de la planificación dentro de la plataforma SIM, para cada uno de los grupos estructurados dentro del centro de interés **ACTIVIDAD FISICA**, partiendo de lo asignado para esta obligación, se desarrollaron las sesiones de clase bajo los lineamientos exigidos por la estrategia **7854 JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA**, siguiendo los parámetros metodológicos, pedagógicos y técnicos solicitados por el programa para el año 2021.

- **Estructura de grupos**

Grupos	***Días/impacto***	***Horarios***
G1ActividadF	Mart-Juev	8 am- 9:30 am
G2 Actividad F	Mart -Juev	3 Pm-4:30 Pm
G3 Actividad F	Mierc -Vier	8 am- 9:30 am
G4 Actividad F	Mierc- Vier	3 Pm-4:30 Pm

- **Sesiones de clase ejecutadas:**

Grupos	***fechas/impacto***	***Horarios***
G1 Actividad F	18-MAYO	8 am- 9:30 am
G2 Actividad F	18-MAYO	3 Pm-4:30 Pm
G3 Actividad F	19-MAYO	8 am- 9:30 am
G4 Actividad F	19-MAYO	3 Pm-4:30 Pm

- **Sesiones de clase planeadas:**

Grupos	***fechas/impacto***	***Horarios***
G1 Actividad F	18-20-25-27MAYO	8 am- 9:30 am
G2 Actividad F	18-20-25-27MAYO	3 Pm-4:30 Pm
G3 Actividad F	19-21-26-28MAYO	8 am- 9:30 am
G4 Actividad F	19-21-26-28MAYO	3 Pm-4:30 Pm
</td>
</tr>
</table>

	EVIDENCIA: Sesiones de clase SIM **UBICACIÓN:** • SECOP II– CTO-1788- evidencias mayo – carpeta #3 • Usuario SIM : Cristian.Quijano
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.	En este periodo comprendido entre el **04 de MAYO AL 30 de MAYO del año 2021**, se participa en las sesiones de fortalecimiento, cualificación y de carácter operativo, pedagógico y social tanto del **IDRD** como de la **IED ANTONIO GARCIA**. A continuación, se relacionan en orden cronológico las actividades mencionadas anteriormente**.** **1.**REUNIÓN OPERATIVA SOLICITANTE • GESTOR IED BORIS RAMOS Fecha: 06 -05-2021 Hora: 2:00PM-2:30PM LUGAR: https://meet.google.com/jmb-paqk-kcg TEMAS: • Presentación equipo de trabajo • Se establece un DRIVE para recolección de información • Lectura del PEI semana del 11 al 14 de mayo de 2021 **2.** COMPONENTE SOCIAL SOLICITANTE • GESTOR LUIGUI CASTRO Fecha: 10 -05-2021 Hora: 7:00 AM-08:00 AM LUGAR: https://meet.google.com/ybb-zprw-hdk TEMAS: Socialización temática brindada por el componente social • Ciudadanía y genero • Equidad – igualdad

	• "Aporte de habilidades para la vida por medio del deporte **3.** COMPONENTE SOCIAL SOLICITANTE • GESTOR LUIGUI CASTRO Fecha: 11 -05-2021 Hora: 7:00 AM-09:00 AM LUGAR: https://meet.google.com/ybb-zprw-hdk TEMAS: Socialización temática brindada por el componente social • Malla curricular (Componente social) • Dudas y sugerencias caja de herramientas **4.** REUNIÓN OPERATIVA SOLICITANTE • GESTOR IED BORIS RAMOS Fecha: 13 -05-2021 Hora: 1O:15AM-11:15AM LUGAR: https://meet.google.com/jzv-thmp-yko TEMAS: • Reinicio de actividades • 100 PAG – P.E.I 17-05-2021 • El seguimiento es por parte de los formadores IDRD • Cada formador tendrá 86 alumnos, como meta operativa. **5.** COMPONENTE SOCIAL SOLICITANTE • GESTOR LUIGUI CASTRO • CARLOS ALBERTO RINCON

	Fecha: 14 -05-2021 Hora: 4:30 PM-06:00 PM LUGAR: https://meet.google.com/gah-aamx-rfv TEMAS: Socialización temática brindada por el componente social • Malla curricular (Componente social) • Dudas y sugerencias caja de herramientas **6.** COMPONENTE SOCIAL SOLICITANTE • GESTOR LUIGUI CASTRO Fecha: 18 -05-2021 Hora: 6:30 AM-08:00 AM LUGAR: https://meet.google.com/tmd-gkru-xdt TEMAS: Socialización temática brindada por el componente social • Malla curricular (Componente social) • Identidad de género. **7.** IED ANTONIO GARCIA SOLICITANTE • GESTOR IED BORIS RAMOS • JOSE ACUÑA – COORD. IED • JHON MARIO CASTRO- COORD. IED • MIRYAM RODRIGUEZ -COORD. IED • SANDRA JUVINAO Fecha: 19 -05-2021 Hora: 6:00AM-7:00AM LUGAR: https://meet.google.com/fac-kmox-xji TEMAS: • Presentación equipo de trabajo IED- IDRD

	• Generalidades IED. **8.** REUNIÓN OPERATIVA SOLICITANTE • GESTOR IED BORIS RAMOS Fecha: 19 -05-2021 Hora: 07:00AM-08:00AM LUGAR: https://meet.google.com/oaq-pook-tdx TEMAS: • Orientación informes **9.** REUNIÓN OPERATIVA SOLICITANTE • GESTOR IED BORIS RAMOS Fecha: 19 -05-2021 Hora: 12:00-01:00PM LUGAR: https://meet.google.com/mxv-totb-aex TEMAS: • Orientación informes • Seguimiento obligacional **Evidencia:** Pantallazos reuniones virtuales. **Ubicación:** SECOP II– CTO-1788- evidencias mayo – carpeta #4
Obligación No.5: Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculo esqueléticas, 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** Durante el presente periodo se tiene previsto, el recibimiento de una carpeta con información de los antecedentes y condiciones médicas de cada estudiante perteneciente al **C.I ACTIVIDAD FISICA.** Ahora bien, dichas acciones están siendo adelantadas por la **I.E.D ANTONIO GARCIA** por medio del envió de un “directorio institucional” donde se evidencia parcialmente la presente solicitud. **EVIDENCIA:** Directorio de escolares ***IED ANTONIO GARCIA*** **UBICACIÓN:** SECOP II– CTO-1788- evidencias mayo – carpeta #5

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.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** En el momento que se exprese en los estudiantes de los diferentes grupos, aptitudes y condiciones requeridas para los formadores de semilleros para la práctica **ACTIVIDAD FISICA** se informara directamente a **BORIS RAMOS ACEVEDO-GESTOR IED** **EVIDENCIA:** En el momento que se requiera, se evidenciara esta obligación **UBICACIÓN:** En el momento que se requiera, se evidenciara la presente ubicación.
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, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad.	**ACTIVIDADES** Me encuentro a disposición para participar y/o apoyar el desarrollo de las diferentes actividades relacionadas con la gestión de la entidad para dichos eventos, siguiendo la normatividad correspondiente. **EVIDENCIA:** En el momento que se requiera, se evidenciara esta obligación **UBICACIÓN:** En el momento que se requiera, se evidenciara la presente ubicación.
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

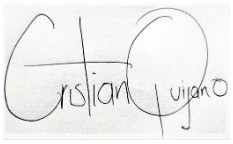
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

2. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	NUEVA EPS	$ 0
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	$ 0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$ 0
	TOTAL	$ 0

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

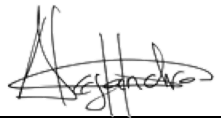
Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias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



Firma Contratista
CRISTIAN DAVID QUIJANO VELANDIA
C.C 1.023.945.163

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

En el presente lapso el contratista cumplió a cabalidad con 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



BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
GESTOR IED

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-1788-2021**												
2	Nombre del Contratista	**CRISTIAN DAVID QUIJANO VELANDIA**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1023945163**						
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**	
7	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.



FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **5** AA **2021**

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

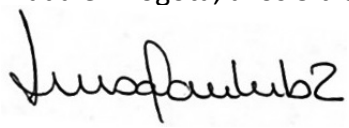
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que CRISTIAN DAVID QUIJANO VELANDIA, con Cédula Ciudadanía No. 1023945163 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099, tiene un registro como Independiente desde el 04/05/2021 y fecha fin de contrato 24/12/2021 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): 2021010158156.

Dada en Bogotá, a los 3 días del mes de mayo de 2021



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

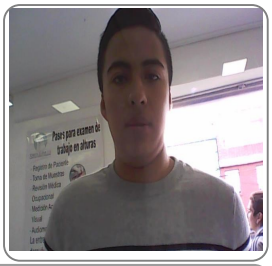
SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ Periódico ○ Retiro ○ Post incapacidad ○ Caso ocupacional ○
Control ○ Reubicación ○ Ingreso al SVE ○ Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **25/04/2019 07:41:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **CRISTIAN DAVID QUIJANO VELANDIA**

Cargo **CONTRATISTA** Doc. Identidad **CC 1023945163**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 VISIOMETRIA	3 OSTEOMUSCULAR
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO⊗	ARL	SI ○	NO⊗	EPS	SI ○	NO⊗

SIN RESTRICCIONES FISICAS APARENTES PARA EL CARGO
AUTOCUIDADO EN EL SITIO DE TRABAJO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS PARA EL CARGO
RECOMENDACIONES SOBRE LOS RIESGOS DE CAIDA EN LA EMPRESA
PAUSAS ACTIVAS Y HIGIENE POSTURAL FORTALECIMIENTO DE LOS MUSCULOS DE LA ESPALDA Y LOS MUSCULOS ABDOMINALES,

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: CRISTIAN DAVID QUIJANO
CC 1023945163
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

ADECUADOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, RECOMENDACIONES DIETARIAS.
USO DE BLOQUEADOR SOLAR DIARIO
INFORMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE PRESENTE Y QUE LE LIMITE TRABAJAR

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: CRISTIAN DAVID QUIJANO
CC 1023945163
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CRISTIAN DAVID QUIJANO VELANDIA identificado(a) con CC 1023945163 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**01/10/2010**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - VIVA 1A IPS RESTREPO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 13 días del mes de mayo del año 2021 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **CRISTIAN DAVID QUIJANO VELANDIA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1023945163,** se encuentra afiliado/a desde **23/01/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 13 de mayo de 2021.



Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

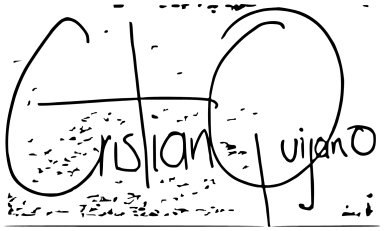
Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	Cristian David Quijano Velandia	COORDINADOR	BORIS RAMOS ACEVEDO
FECHA REVISIÓN	2021-05-19 18:28:45	Mes	Mayo

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO ANTONIO GARCIA (IE	ANTONIO GARCIA,	1	**Martes,08:00:00,09:30:00** 18-25 **Jueves,08:00:00,09:30:00** 20-27	18		16	4
	ANTONIO GARCIA,	2	**Martes,15:00:00,16:35:00** 18-25 **Jueves,15:00:00,16:30:00** 20-27	18			
	ANTONIO GARCIA,	3	**Miercoles,08:00:00,09:30:00** 19-26 **Viernes,08:00:00,09:30:00** 21-28	19			
	ANTONIO GARCIA,	4	**Miercoles,15:00:00,16:30:00** 19-26 **Viernes,15:00:00,16:30:00** 21-28	19			





BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
GESTOR IED

INDUCCIÓN SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Total de puntos 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 control de 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 electrónico *

CQUIJANOVELANDIA@GMAIL.COM

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

DD MM AAAA

13 / 05 / 2021

2. Nombre y Apellido *

QUIJANO VELANDIA CRISTIAN DAVID

3. Número de identificación *

1023945163

4. Tipo de Vinculación *

- ( ) Planta
- (•) Contratista

5. Área a la que pertenece *

- ○ Dirección General
- ○ Secretaria General
- ○ Área de Servicio Al Ciudadano
- ○ Archivo y Correspondencia
- ○ Subdirección Técnica de Parques
- ○ Área de Administración de Escenarios
- ○ Área de Promoción de Servicios
- ○ Subdirección Técnica de Construcciones
- ○ Área Técnica
- ○ Área de Interventoría
- ◉ Subdirección Técnica de Recreación y Deporte
- ○ Área de Recreación
- ○ Área de Deportes
- ○ Alto Rendimiento
- ○ Subdirección de Contratación
- ○ Área de Costos y Estudios Económicos
- ○ Subdirección Administrativa y Financiera
- ○ Área de Sistemas

- Almacén General
- Tesoreria General
- Área Financiera
- Área de Contabilidad
- Área de Presupuesto
- Área de Nómina
- Área de Desarrollo Humano
- Área de Talento Humano
- Área de Servicios Generales
- Área de Apoyo Corporativo
- Oficina de Control Disciplinario Interno
- Oficina de Control Interno
- Oficina de Asuntos Locales
- Área de Desarrollo y Gestión Comunitaria
- Oficina Asesora de Comunicaciones
- Oficina Asesora de Planeación
- Oficina Asesora Jurídica

Programa al que pertenece *

JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA

6. Cargo *

FORMADOR TÉCNICO DEL CENTRO DE INTERÉS

✓ 7. ¿Cuales considera que son los principales factores de riesgo en el IDRD? * 20/20

- ○ a. Biomecánicos, físicos y psicosociales
- ○ b. Químicos, biológicos y de seguridad
- ○ c. Públicos, transito, de seguridad, biomecánicos y psicosociales
- ◉ a y b ✓
- ○ Ninguno de los anteriores

✓ 8. Cualquier persona puede reportar una condición o acto inseguro * 10/10

- ◉ Verdadero ✓
- ○ Falso

✓ 9. ¿Como se llama el programa para reportar actos y condiciones inseguras en el IDRD? * 10/10

- ○ PARE
- ○ RACI
- ◉ REPORT ✓
- ○ No existe ningún programa

✓ 10. Se puede considerar como accidente de trabajo, el ocurrido cuando nos desplazamos de nuestra casa al trabajo, independiente del medio de transporte que usemos: * 20/20

- ○ Verdadero
- ◉ Falso ✓

✓ 11. El tiempo para reportar un accidente de trabajo ante la ARL es de 24 horas * 10/10

- ○ Verdadero
- ◉ Falso ✓

✓ 12. La primera instancia para calificar el origen de una enfermedad laboral es la Entidad Promotora de Salud - EPS * 10/10

- ◉ Verdadero ✓
- ○ Falso

✓ 13. Es responsabilidad de los trabajadores frente al SG-SST, procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud, entre otras: * 10/10

- (●) Verdadero ✓
- ( ) Falso

✓ 14. Son valores que deben caracterizar a los servidores públicos, trabajadores oficiales y contratistas: (Marque las opciones que considere necesarias) * 10/10

- [x] Honestidad ✓
- [ ] Transparencia
- [x] Respeto ✓
- [ ] Responsabilidad
- [x] Compromiso ✓
- [x] Diligencia ✓
- [ ] Equidad
- [x] Justicia ✓

15. Por favor califique si la información recibida fue clara, importante y necesaria para el desarrollo de sus labores, en una escala de 1 a 5, en donde 1 en desacuerdo y 5 completamente deacuerdo *

1	2	3	4	5
( )	( )	( )	( )	(●)

Observaciones y sugerencias

¡Gracias!

El formulario se creó en IDRD.

Google Formularios

BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
GESTOR IED

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

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		
☐	.ARL 2021-CPS IDRD-CTO-1788 - QUIJANO VELANDIA CRISTIAN DAVID.pdf	2.ARL 2021-CPS IDRD-CTO-1788 - QUIJANO VELANDIA CRISTIAN DAVID.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PRIMER RESPONDIENTE QUIJANO VELANDIA CRISTIAN DAVID 1023945163.pdf	1. PRIMER RESPONDIENTE QUIJANO VELANDIA CRISTIAN DAVID 1023945163.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1788-2021 QUIJANO VELANDIA CRISTIAN DAVID.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-1788-2021 QUIJANO VELANDIA CRISTIAN DAVID.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	1. CRP 1788 4762.pdf	1. CRP 1788 4762.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 1788.pdf	2. ARL 1788.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS INFORME 1 MAYO - CPS IDRD-CTO-1788 - QUIJANO VELANDIA CRISTIAN DAVID.rar.rar	EVIDENCIAS INFORME 1 MAYO - CPS IDRD-CTO-1788 - QUIJANO VELANDIA CRISTIAN DAVID.rar.rar	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
GESTOR IED

< Evaluación de la Entidad Estatal >

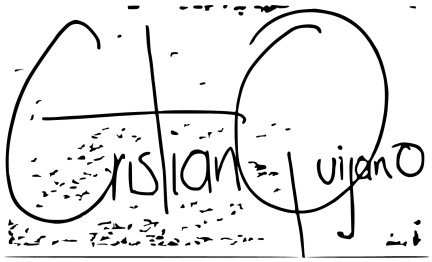
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

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	1023945163
NOMBRES	CRISTIAN DAVID
APELLIDOS	QUIJANO VELANDIA
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	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/06/2010	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/19/2021 14:45:08	Estación de origen:	192.168.70.1

BORIS RAMOS ACEVEDO
C.C. 1026154714
GESTOR IED

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