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.	**01**		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	06	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2267-2021 - 02 DE JUNIO DEL 2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20218007017000046E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MORENO BUITRAGO CATHERINE ASTRID	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	53070452	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	Siete (7) meses y quince (15) días.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$17,842,500.00. Diecisiete millones ochocientos cuarenta y dos mil quinientos pesos M/C.	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	04 de Junio del 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	04 al 30 de junio 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.).

Obligaciones específicas	Actividades, evidencias y ubicación
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.	**Avance:** Durante este periodo en la Institución Educativa Distrital- IED Santa Bárbara bajo la supervisión de la Gestora Nancisdey Reyes; de igual forma con los diferentes documentos que cuenta el proyecto 7854 jornada escolar complementaria, se realiza una trazabilidad pedagógica, axiológica y metodología , en donde permite establecer criterios desde la funcionalidad motora, social y conductual del estudiante generando conocimiento y reforzando valores desde el centro de interés de baile deportivo, teniendo en cuenta el desarrollo general y llevándolo a la especificidad del deporte, generando criterios de apropiación técnica de acuerdo a la trazabilidad del PEI y la maya curricular generando la armonización interinstitucional. **Evidencia:** Acta de reunión en formato pdf, Documento de Identificación institucional de la IED Santa Bárbara, S.I.M-I.D.R.D. **Ubicación:** SECOP 2 IDRD-CTO-2267-2021, EVIDENCIAS INFORME JUNIO 2021 CARPETA # 4.
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.	**Avance:** Para el periodo de actividades del mes de **JUNIO** se desarrollan las diferentes actividades frente al componente pedagógico que se designa desde el componente del proyecto 7854. Adicional a ello, se realiza orientación y actualización de la malla curricular del Centro de Interés de Baile Deportivo. **Evidencia:** Malla curricular para la formación de niñas, niños, adolescentes y jóvenes del Centro de Interés de **Baile Deportivo**. **Ubicación:** SECOP 2 IDRD-CTO- 2267-2021, EVIDENCIAS INFORME JUNIO 2021 CARPETA # 2.

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. 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>Avance: Se realizan las sesiones clase de forma virtual con los grupos asignados desde la institución educativa de la siguiente forma:

El colegio Santa Bárbara se tienen designados los 4 grupos, para el periodo contractual del mes de JUNIO se realizaron las siguientes fechas de sesión de clases

<u>Fechas de los Grupos:</u>
<table>
<tr><th>GRUPOS</th><th>PLANEADAS</th><th>EJECUTADAS</th><th>HORARIOS</th></tr>
<tr><td>1
BAILE DEPORTIVO</td><td>10 de junio
15 de junio
17 de junio de 2021</td><td>10 de junio
15 de junio
17 de junio de 2021</td><td>Martes y Jueves de 8:00 a 10:00 AM</td></tr>
<tr><td>2
BAILE DEPORTIVO</td><td>10 de junio
15 de junio
17 de junio de 2021</td><td>10 de junio
15 de junio
17 de junio de 2021</td><td>Martes y Jueves de 13:00 a 15:00 PM</td></tr>
<tr><td>3
BAILE DEPORTIVO</td><td>11 de junio
16 de junio
18 de junio de 2021</td><td>11 de junio
16 de junio
18 de junio de 2021</td><td>Miércoles y Viernes 8:00 a 10:00 AM</td></tr>
<tr><td>4
BAILE DEPORTIVO</td><td>11 de junio
16 de junio
18 de junio de 2021</td><td>11 de junio
16 de junio
18 de junio de 2021</td><td>Miércoles y Viernes 13:00 a 15:00 PM</td></tr>
</table>
Evidencia: Actas de reunión en formato PDF, sesiones clases sim

Ubicación: SECOP 2 IDRD-CTO-2267-2021, EVIDENCIAS INFORME JUNIO 2021 CARPETA # 1 Y 3.</td>
</tr>
<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-</td>
<td>Avance: Durante este periodo se asistió y participo en las reuniones convocadas por los componentes social, pedagógico, IED Santa Bárbara, por la Gestora IED Nancisdey Reyes.
<table>
<tr><th>FECHA</th><th>REUNIONES</th><th>PARTICIPANTES</th></tr>
<tr><td>04-06-2021</td><td>REUNION ZONAL COMPONENTE SOCIAL-</td><td>GESTOR ZONAL PEDAGOGICO IDRD
GESTORA ZONAL OPERATIVA IDRD</td></tr>
</table>
</td>
</tr>
</table>

atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias y reuniones convocadas por el IDRD.

	PEDAGOGICO-OPERTIVO	GESTOR ZONAL SOCIAL IDRD GESTORES IED IDRD ZONA 3 FORMADORES DEPORTIVOS IDRD ZONA 3
04-06-2021	**REUNION IED SANTA BARBARA COMPONENTE SOCIAL-PEDAGOGICO-OPERTIVO.**	COORDINADOR /ENLACE GESTORA IED-IDRD FORMADORES DEPORTIVOS IDRD ASIGNADOS IED SANTA BARBARA.
09-06-2021	**REUNION IED SANTA BARBARA OPERTIVA.**	GESTORA IED-IDRD FORMADORES DEPORTIVOS IDRD ASIGNADOS IED SANTA BARBARA.
09-06-2021	**REUNION IED SANTA BARBARA OPERTIVA.**	COORDINADOR/ ENLACE GESTORA IED-IDRD FORMADORES DEPORTIVOS IDRD ASIGNADOS IED SANTA BARBARA.
11-06-2021	**REUNION OPERATIVA**	GESTORA IED-IDRD FORMADORES DEPORTIVOS IDRD ASIGNADOS IED SANTA BARBARA
16-06-2021	**REUNION ZONAL OPERATIVA**	AREA DE RECREACION IDRD GESTORA ZONAL OPERATIVA IDRD GESTORES IED -IDRD ZONA 3 FORMADORES DEPORTIVOS IDRD ZONA 3
17-06-2021	**REUNION OPERATIVA**	GESTORA IED-IDRD FORMADORES DEPORTIVOS IDRD ASIGNADOS IED SANTA BARBARA
18-06-2021	**REUNION IED SANTA BARBARA COMPONENTE SOCIAL - PEDAGOGICO OPERATIVO**	COORDINADOR /ENLACE. GESTORA IED - IDRD FORMADORES DEPORTIVOS IDRD ASIGNADOS IED SANTA BARBARA.
DEL 21-06-2021 AL 25-06-2021	**VACACIONES RECREO-DEPORTIVAS IDRD PARQUES LOCALIDAD CIUDAD BOLIVAR**	AREA DE RECREACION IDRD GESTORA ZONAL OPERATIVA IDRD GESTORES IED -IDRD ZONA 3 FORMADORES DEPORTIVOS IDRD ZONA 3
DEL 28-06-2021 AL 30-06-2021	**JORNADAS COMPONENTE PEDAGOGICO-SOCIAL**	GESTOR ZONAL PEDAGOGICO IDRD GESTOR ZONAL SOCIAL IDRD GESTORES IED - IDRD ZONA 3 IDRD FORMADORES DEPORTIVOS IDRD ZONA 3

Evidencia: Actas de reunión en formato pdf, registro fotográfico y soporte de inducción sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo.

Ubicación: SECOP 2 IDRD-CTO-2267-2021, EVIDENCIAS INFORME JUNIO 2021 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 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

Avance: Durante este periodo en la IED Santa Bárbara se contactó a los acudientes de cada estudiante de la Institución Educativa para la recolección de documentos tanto del estudiante como de su acudiente para iniciar con las sesiones del proyecto Jornada Escolar Complementaria-IDRD.

Evidencia: Documentos adjuntos en formato pdf de cada estudiante de la IED Santa Bárbara Sede B y C.

permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.	**Ubicación:** SECOP 2 IDRD-CTO-2267-2021, EVIDENCIAS INFORME JUNIO 2021 CARPETA # 5.
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.	**Avance:** En este momento no se identifican casos especiales en donde su parte técnica y táctica para el baile deportivo cuente con la fluidez y ritmos necesarios, de igual forma se realizará el proceso cuando se presente el caso. **Evidencia:** En el momento que aplique se evidenciara esta obligación. **Ubicación:** En el momento que aplique se ubicará esta obligación.
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.	**Avance:** Se partica en las diferentes actividades designadas por el IDRD, en donde para el mes contractual de JUNIO se participa en las vacaciones recreativas, realizando actividades lúdico recreo deportivo en los parques de ciudad bolívar, en donde se realiza el impacto desde el 21 hasta el 25 de junio, de igual forma se realizan jornadas con los componentes Social, Pedagógico y Gestores IED**.** **Evidencia:** Registro Fotográfico. **Ubicación:** SECOP 2 IDRD-CTO-2267-2021, EVIDENCIAS INFORME JUNIO 2021 CARPETA # 7.
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 APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	SANITAS	$0
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	$0
	TOTAL	$0

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: CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO
No. de identificación: 53.070.452 de Bogota
Cargo: Formadora en Jornada Escolar Complementaria.

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

En este presente lapso, el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones asignadas.

VB APOYO A LA SUPERVISION
NANCISDEY REYES GALARZA
GESTORA IED-IDRD

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: John Freedy Molano Diaz.
N° de Identificación: 79.859.314.
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02 (E).

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 entreg ar 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.	**2267-2021**													
2	Nombre del Contratista	**CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO**													
3	Identificación	CC	**X**	CE				**53070452**							
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	**X**	NO		
	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 **6** AA **2021**

POSITIVA

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

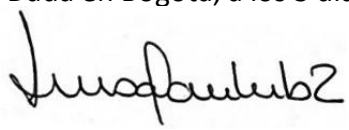
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO, con Cédula Ciudadanía No. 53070452 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099, tiene un registro como Independiente desde el 04/06/2021 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): 20210101655476.

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



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

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 19/03/2019 09:57:00 Empresa PARTICULAR

Nombre CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO

Cargo DOCENTE Doc. Identidad CC 53070452

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 OSTEOMUSCULAR	3
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 PARA LA LABOR
CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: CATHERINE ASTRID MORENO
CC 53070452
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Scanned by CamScanner

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

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

Doc. Identidad: **53070452** Nombre: **CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO** Fecha Nacimiento: **18/10/1985**
Entidad: **PARTICULAR** Edad: **33** Ocupación: **164**
Fondo de Pensiòn: EPS: **SANITAS** ARL:

Empresa	Cargo	Antigüedad del cargo	Antigüedad en la empresa
PARTICULAR	164 DOCENTE	10 AÑOS	10 AÑOS

HISTORIA OCUPACIONAL

CARGO	MANIPULACIÓN DE CARGAS				POSTURA HABITUAL				MOV. Repetitivos	
	< 12kG	12 - 25	26 - 50	> 50kg	Sentado	De pie	Caminando	Otro	SI	NO
DOCENTE	☐	☐	☐	☐	☐	☒	☒		☒	☐

ACTIVIDADES EXTRALABORALES

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	FRECUENCIA	DURACIÓN
TAEKWONDO	TAEKWONDO	DIARIA	2 HORAS

REVISIÓN POR SISTEMAS

SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO	SÍNTOMAS	SI	NO
Cervicalgia	☐	☒	Artralgia	☐	☒	Tendinitis	☐	☒
Dorsalgia	☐	☒	Parestesias	☐	☒	Limitación Funcional	☐	☒
Lumbalgia	☐	☒	Edema	☐	☒	Inflamación	☐	☒

OBSERVACIONES:

NINGUNA

EXAMEN FÍSICO

BIOTIPO: Ectomórfico ☐ Endomórfico ☐ Mesomórfico ☒

Talla **165** Peso **69** Imc **25.34** Interpretación **Sobrepeso**

COLUMNA VERTEBRAL

VISTA LATERAL:	Normal	☒	Cifótica	☐	Lordótica	☐	Aplanada	☐	Cifolordótica	☐	
VISTA PA:	Alineada	☒	Escoliosis Dorsal	☐	Escoliosis Lumbar	☐	Doble escoliosis	☐			

EXAMEN DE COLUMNA VERTEBRAL

Palpación(Dolor o espasmo)	NO
Marcha Punta	NORMAL
Marcha Latón	NORMAL
Flexión Lateral	NORMAL
Rotación	Normal

EXAMEN DE ARTICULACIONES (Edema, Limitación, Inflamación, Dolor)

Dedos manos	Normal
Muñecas	Normal
Codos	Normal
Hombros	Normal
Caderas	Normal
Rodillas	Normal
Tobillos	Normal
Dedos pies	Normal

Scanned by CamScanner

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

NIT 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072408-3183832985-3115117029 NIT 900157744-0

AUDIOMETRÍA

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

Nombre: **CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO** Doc. Identidad **53070452**

Teléfono: F. de nacimiento **18/10/1985** Edad **33 años** Ocupación **164**

Empresa **PARTICULAR** Cargo Actual **DOCENTE**

Antigüedad **18 AÑOS** Fecha **14/03/2019** Reposo Auditivo **NO** Tiempo:

Fondo de Pensión: EPS **SANITAS** ARL:

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Exposición al ruido actual

○ SI Tiempo:
⊗ NO EPP:

Exposición al ruido en trabajos anteriores

Empresa: IDRD

	Cargo	Años	EPP
○ SI	164		
⊗ NO	DOCENTE	15	NO

ANTECEDENTES OTOLÓGICOS

⊗ Ninguno ○ Otitis ○ Acúfeno ○ Vértigo ○ Trauma ○ Perforación Timpánica ○ Otalgia ○ Otorrea ○ Hipoacusia

○ Prurito ○ Cirugía ○ Detonación - Explosión ○ Ototóxicos ○ Otros:

Observaciones:

ANTECEDENTES SOCIOACÚSTICOS

○ Ninguno ○ Polígono ○ Servicio Militar ○ Buceo ⊗ Moto ○ Instrumento Musical ○ Discoteca y/o bares

○ Otros

Observaciones:

ANTECEDENTES PERSONALES

⊗ Ninguno ○ Afección Renal ○ Parotiditis ○ TBC ○ Diabetes

○ Hipotiroidismo ○ Meningitis ○ Paludismo ○ Reumatismo ○ HTA

○ Otros:

ANTECEDENTES FAMILIARES

⊗ Ninguno ○ Congénito

○ Adquirido

Parentesco: _____

OTOSCOPIA

⊗ Normal ○ Anormal

OD CAE: NORMAL
MT: NORMAL

OI CAE: NORMAL
MT: NORMAL

CONCEPTO AUDIOMETRÍA

⊗ Apto ○ No apto ○ Aplazado

Observaciones: SENSIBILIDAD AUDITIVA DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD EN FRS 500 A 8000HZ BILATERALMENTE

CONTROL ANUAL Y USO DE EPP EN CASO DE EXPOSICION A RUIDO, USO DE AUDIFONOS MAXIMO UNA HORA AL DIA

MONICA OCAMPO
Especialidad: FONOAUDIOLAGA ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 101842699 RM:

FONOAUDIOLOGA C.U.I. 1.215-03293

Scanned by CamScanner

SANTA ELENA SAS

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS
Nit 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-3183832985-3115117029. NIT 900157744-0

VISIOMETRÍA

Fecha examen: **14/03/2019**

Doc Identidad **CC 53070452** Nombre **CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO** Fecha Nacimiento. **18/10/1985**
Entidad **PARTICULAR** Edad **33 años** Ocupación **DOCENTE**
H C No Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Caso Ocupacional ( ) Reubicación ( )
Post incapacidad ( ) Trabajo en alturas ( ) Control ( ) Ingreso al SVE ( )
Empresa PARTICULAR Cargo DOCENTE Antiguedad del cargo
Fondo de Pensión EPS SANITAS ARL

ANAMNESIS

Ultimo Examen Visual **12 MESES** Usa anteojos: SI (X) NO ( ) VL (X) VP ( ) PC ( ) Bifocal ( )
Progresivo ( ) Filtros ( ) LC RGP ( ) LC BLANDO ( ) Frecuencia de uso: Permanente (X) Ocasional ( )
Usa protección ocular gafas de seguridad o máscara ? SI ( ) NO (X) Cirugías: SI ( ) NO (X) Cual ?
Accidentes oculares SI ( ) NO (X) Cual ?
Signos y síntomas: Asintomático ( ) Disminución visual de cerca ( ) Disminución visual de lejos (X) Cefaleas ( ) Resequedad ocular ( )
Ardor Ocular ( ) Lagrimeo ( ) Cansancio Ocular ( ) Irritación ( ) Fotofobia ( ) Prurito Ocular ( ) Salto de renglón ( )
Antecedentes personales y/o familiares **SOLO GAFAS HACE 12 MESES**

AGUDEZA VISUAL

	CC VL	VP	SC VL	VP
OD	20/20	0.5 M		
OI	20/20	0.5 M		
AO				

LENSOMETRIA

	ESF	CIL	EJE	ADD
OD			°	
OI			°	

EXAMEN EXTERNO

	OD	OI
Segmento Anterior: Hiperemia conjuntival	( )	( )
Pterigio N	( )	( )
Pterigio T	( )	( )
Pinguécula	( )	( )
Nevus	( )	( )
Blefaritis	( )	( )
Blefaritis seborreica	( )	( )
Secreción	( )	( )
Leucoma Corneal	( )	( )
Ptosis palpebral	( )	( )
Otros: **SANO**		

MOTILIDAD OCULAR

VL: **ORTHO** VP: **EXO** HISHBERG: **CENTRADO**
Ducciones: **NORMALES** Versiones: **NORMALES** PPC:**NORMAL**

INTERPRETACIÓN

	OD	OI
No requiere corrección óptica	( )	( )
Defecto refractivo adecuadamente corregido	(X)	(X)
Defecto refractivo inadecuadamente corregido	( )	( )
Defecto refractivo no corregido	( )	( )
Gafas no formuladas	( )	( )

TEST OCUPACIONALES

	Visión cromática	Vis. profun.	Vis. confron.
OD	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**NORMAL**	**NORMAL**
OI	Normal (X) Discromatopsia ( ) Ceguera al color ( )	**NORMAL**	**NORMAL**

IMPRESION DIAGNOSTICA

	OD	OI
Emetropía	( )	( )
Ametropía	(X)	(X)
Disminución visual	( )	( )
Otros:		

RECOMENDACIONES

Valoración por optometría clínica ( ) Valoración por oftalmología ( )
Control Visiometría ( )
Otras: DEBE USAR LENTES PERMANENTES Y EXAMEN PERIODICO POR OPTOMETRIA OCUPACIONAL ANUAL

RETINOSCOPIA

Refracción:

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Subjetivo: DP:

	Esfera	Cilindro	Eje	AV	ADD
OD					
OI					

DIAGNÓSTICOS (Código - Enfermedad)

H521 MIOPIA CORREGIDA L PERMANENTES

CONCEPTO

(X) Apto ( ) No Apto ( ) Aplazado

OBSERVACIONES
DEBE USAR LENTES PERMANENTES Y EXAMEN PERIODICO POR OPTOMETRIA OCUPACIONAL ANUAL

Dr. John Jairo Baquero C. OD
OPTOMETRA - U.L.S. - REG. 3195 - C.T.N.S.
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
U.C.M.C. LO. 11096 S.S.B.

JOHN JAIRO BAQUERO CASTRO
Especialidad: OPTOMETRA OCUPACIONAL
CC: 80054593 RM: 3195 LOC11096

Scanned by CamScanner

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACIÓN Y DEPORTE
IDRD





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 *

cambchas@gmail.com

Catherine Astrid Moreno Buitrago

CC. 53.070452 de Bogotá

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

DD MM AAAA

07 / 06 / 2021



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:

ASTRID MORENO BUITRAGO

CC 53070452

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. 12 de Octubre de 2020

SBI-2020503651346

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.RELACIÓN SESIONES

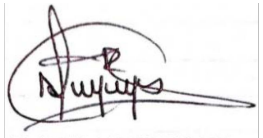
NOMBRE	CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO	COORDINADOR	NANCISDEY REYES GALARZA
FECHA REVISIÓN	2021-06-22 10:03:53	Mes	Junio

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO SANTA BARBARA (IED	SANTA BARBARA,	1	**Jueves,08:00:00,10:00:00** 10-17 **Martes,08:00:00,10:00:00** 15	10-15-17		12	12
	SANTA BARBARA,	2	**Jueves,13:00:00,15:00:00** 10-17 **Martes,13:00:00,15:00:00** 15	10-15-17			
	SANTA BARBARA,	3	**Viernes,08:00:00,10:00:00** 11-18 **Miercoles,08:00:00,10:00:00** 16	11-16-18			
	SANTA BARBARA,	4	**Viernes,13:00:00,15:00:00** 11-18 **Miercoles,13:00:00,15:00:00** 16	11-16-18			

FECHA - HORARIO	2021-06-04 (18:30:00 - 20:00:00)	TEMA	REUNION PEDAGOGICA OPERATIVA SOCIAL 04-06-2021 IED SANTA BARBARA
FECHA - HORARIO	2021-06-08 (17:00:00 - 19:00:00)	TEMA	REUNION OPERATIVA 08-06-2021 IED SANTA BARBARA
FECHA - HORARIO	2021-06-09 (10:00:00 - 12:00:00)	TEMA	REUNION PEDAGOGICA OPERATIVA SOCIAL 09-06-2021 IED SANTA BARBARA
FECHA - HORARIO	2021-06-11 (10:00:00 - 11:00:00)	TEMA	REUNION PEDAGOGICA OPERATIVA SOCIAL 11-06-2021 IED SANTA BARBARA
FECHA - HORARIO	2021-06-17 (06:30:00 - 08:30:00)	TEMA	REUNION OPERATIVA 17-06-2021 IED SANTA BARBARA
FECHA - HORARIO	2021-06-18 (15:00:00 - 17:00:00)	TEMA	REUNION OPERATIVA 18-06-2021 IED SANTA BARBARA



CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO



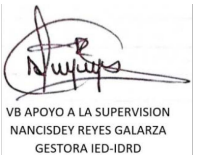
VB APOYO A LA SUPERVISION
NANCISDEY REYES GALARZA
GESTORA IED-IDRD

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	53070452
NOMBRES	CATHERINE ASTRID
APELLIDOS	MORENO BUITRAGO
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	01/07/2010	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	06/10/2021 11:24:55	**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.

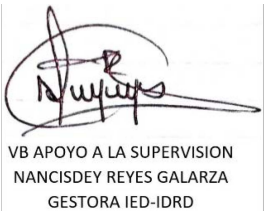
Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Catherine Astrid Moreno Buitrago

CC. 53.070452 de 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 2267 5502.pdf	1. CRP 2267 5502.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 2267.pdf	2. ARL 2267.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS JUNIO - MORENO BUITRAGO CATHERINE ASTRID CPS 2267-2021.zip	EVIDENCIAS JUNIO - MORENO BUITRAGO CATHERINE ASTRID CPS 2267-2021.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >



Firma Contratista
Nombre: CATHERINE ASTRID MORENO BUITRAGO
No. de identificación: 53.070.452 de Bogota
Cargo: Formadora en Jornada Escolar Complementaria.

Datos guardados