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	07	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-2404-2021 DE 20/07/2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Jorge Guiovanni Ortiz Granados	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	79811707	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	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	02/07/21	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	30/12/21	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	Del 12 /07/2021 al 30/07/2021	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, conformecon 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 deformación del centro de interés que le sean asignados.	**Actividades**: Se realiza una reunión inicial con la gestora Claudia Arboleda y la docente Enlace Consuelo por la plataforma meets, donde se me informa las actividades del componente social para trabajarlos con los estudiantes de la IED Nuevo San Andrés de los Altos Evidencia. Se realizó empalme con la Formadora Myriam Dulce quien estaba encargada de los estudiantes que conforman los grupos de porras de la IED san Andrés de los altos. Se me informa que estaré a cargo del grupo de trabajo del ciclo 3. **Evidencia:** Enlace de Reunión. **Ubicación:** SECOP II/usuario: Jorgeoo79 procesos/mis contratos/IDRD-CTO 2404-2021/Detalle/información general/7. ejecución del contrato/carpeta evidencias julio CPS 2404 Jorge Guiovanni Ortiz Granados/carpeta obligación No.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 profesional ED	**Actividades:** Se está tramitando la inclusión en el grupo de trabajo del centro de interés Porrismo para ponerme al día con la malla curricular y hacer los aportes necesarios para la construcción y ejecución de la propuesta para el año 2021. **Evidencias:** Malla curricular. **Ubicación:** SECOP II/usuario: Jorgeoo79 procesos/mis contratos/IDRD-CTO 2404-2021/Detalle/información general/7. ejecución del contrato/carpeta evidencias julio CPS 2404 Jorge Guiovanni Ortiz Granados/carpeta obligación No.2. enlace reunión 16/07/2021
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	**Actividades:** En este momento me encuentro a la espera de la asignación del usurario de la plataforma sistema de información misional SIM en el momento de estar activo subiré las sesiones de clase correspondientes al mes de julio que planean para la semana del 19 al 23 de julio del año 2021. La fecha de inicio de operación del CI Porrismo se concertó para el día 26/07/2021.

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.	**Evidencias:** Sesiones de clase **Ubicación:** SECOP II/usuario: Jorgeoo79 procesos/mis contratos/IDRD-CTO 2404-2021/Detalle/información general/7. ejecución del contrato/carpeta evidencias julio CPS 2404 Jorge Guiovanni Ortiz Granados/carpeta obligación No.3
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.	**Actividades:** Se participó activamente en las reuniones citadas los diferentes Componentes que forman parte del proyecto de inversión Jornada Escolar Complementaria. Inicio a realizar el registre Realizó a diario el Registro de salud. . **Evidencia**: Enlace reunión general Nuevo san Andrés de los Altos, reunión formadores, asistencia foro de gobernanza **Ubicación:** SECOP II/usuario: Jorgeoo79 procesos/mis contratos/IDRD-CTO 2404-2021/Detalle/información general/7. ejecución del contrato/carpeta evidencias julio CPS 2404 Jorge Guiovanni Ortiz Granados/carpeta obligación No.3

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></td><td>
<table>
<tr><th>Fecha/Hora</th><th>Tema</th><th>Link</th></tr>
<tr><td>15/07/2021(10 am)</td><td>Reunión con gestora claudia arboleda y con enlace consuelo Martínez</td><td>https---meet.google.com-feq-oypy-oai-</td></tr>
<tr><td>16/07/21(11:00)</td><td>Reunión IED Nuevo San Andres De Los Altos</td><td>https://meet.google.com/mrh-bqii-zjb</td></tr>
<tr><td>16/07/21(19:00)</td><td>Reunión operativa de Formadores</td><td>https://meet.google.com/mmn-izvh-xtw</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>Actividad: En el periodo objeto de este informe no hay lugar para cumplir con la Obligación No. 5.</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>Actividad: En el periodo objeto de este informe no hay lugar para cumplir con la Obligación No. 5.</td></tr>
<tr><td>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,</td><td>Actividad: Me encuentro en disposición para 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.</td></tr>
</table>

el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad.	Cumplo con las normas de bioseguridad iniciare el registro de salud diario desde el día 16/07/2021 REGISTRO DIARIO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS POR COVID 19. Estoy próximo a recibir la primera dosis de vacunación Evidencia: Pantallazo registro diario de signos y síntomas por COIVID 19 Ubicación: SECOP II/usuario: myriamdulce62/mis procesos/mis contratos/IDRD-CTO-1796-2021/Detalle/información general/7. ejecución del contrato/carpeta evidencias julio CPS 1796 Dulce Moreno Myriam Teresa/carpeta obligación No 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.	

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	EPS SANITAS	$ 0
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	$ 0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS	$ 0
	TOTAL	$ 0

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)

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
JORGE GUIOVANNI ORTIZ GRANADOS
C.C. 79811707

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

EN EL PRESENTE PERIODO EL CONTRATISTA CUMPLIÓ A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS.

CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS
CC 38257650
GESTORA IED

Vo Bo Supervisor del contrato
Nombre: WILSON ALEJANDRO GONZALEZ CARDENAS
CC. 79747015
Cargo: Asesor de Dirección General - Código 105 - Grado 2.

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 esta información debo entregarla a la entidad contratante antes de cualquier pago que se tramite en dicho mes, en los términos establecidos en el Decreto 1070 de 2013.

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.	2404-2021													
2	Nombre del Contratista	**JORGE GUIOVANNI ORTIZ GRANADOS**													
3	Identificación	CC	**X**	CE				**79. 811 .707 de Bogota**							
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	Declaración de ingresos														
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2019, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2019), equivalentes a $47.978.000									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 (2019). 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 (2019). Anexo									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 (2019) $8.910.200 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 (2019) $8.910.200. 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 **7** AA **2021**

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 JORGE GIOVANNY ORTIZ GRANADOS, con Cédula Ciudadanía No. 79811707 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099, tiene un registro como Independiente desde el 09/07/2021 y fecha fin de contrato 31/12/2021 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): 20210101788401.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Dada en Bogotá, a los 8 días del mes de julio de 2021

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 08/07/2021 07:21:47 p. m.
ISCDC: 08/07/2021 07:21:47 p. m.

Fundación Médica Mira Tu Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

CERTIFICADO CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 10/12/2018 12.29 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: 2018-12-10 12:01:11

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JORGE GUIOVANNI ORTIZ GRANADOS			**Identificación**	CC	79811707	**Sexo** M
Fecha de Nacimiento	05/06/1977	**Edad**	41 Años	**Teléfonos**	3132635513		
Dirección	CARRERA 69 A 24 74 SUR	**Municipio**	Bogotá, D.C.	**EPS**	Sanitas		
ARL	SURA		**Fondo de Pensiones**	PORVENIR S.A.			

DATOS EMPRESA

Empresa Contratante	Atencion a Particulares			**Empresa Usuaria**	NO APLICA
Cargo	ENTRENADOR DEPORTIVO	**Fecha Ingreso**	SIN INFORMACION		

EXAMENES REALIZADOS

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.
EPS. SALUD OCUPACIONAL
U. ROSARIO
C.C. 79.793.400 BTA.
LIC. 6543 / 2014

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

JORGE GUIOVANNI ORTIZ GRANADOS
C.C 79811707
Firma del trabajador Evaluado

Pagina Web: www.miratusalud.com.co

Scanned with CamScanner

EXAMEN VISIOMETRIA SALUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 11/03/2020 4 06 PM

FECHA DEL EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA DEL EXAMEN 2020-03-11 15:58:28



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	JORGE GUIOVANNI ORTIZ GRANADOS			**Identificación**	C	798111707		**Sexo**	M	**G.S. Rh.**	A +
Fecha de Nacimiento	05/06/1977	**Lugar Nacimiento**	BOGOTA		**Edad**	42 Años		**Estado Civil**		Soltero (a)	
Escolaridad	Bachiller	**Procedencia**	**Departamento**	Bogotá, D.C.				**Municipio**		Bogotá, D.C.	
Dirección	CR 69 A 24 74 SUR				**Teléfonos**	3132635513					
EPS	Sanitas		**ARL**	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS							

DATOS EMPRESA

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

ANTECEDENTE LABORALES

TIENE ANTECEDENTES	SI	

EMPRESA 1		
EMPRESA	IDRD	
CARGO	FORMADOR DEPORTIVO	
TIEMPO DE EXPOSICION	NO APLICA	
ANTIGUEDAD	2 AÑOS	
USO E.P.A	NO APLICA	
RIESGO FISICO	NO	
RIESGO QUIMICO	NO	
RIESGO BIOLOGICO	NO	
RIESGO ERGONOMICO	NO	
RIESGO MECANICO	NO	
OBSERVACIONES	NO APLICA	

EMPRESA 2		
EMPRESA	NO APLICA	
CARGO	NO APLICA	
ANTIGUEDAD	NO APLICA	
TIEMPO DE EXPOSICION	NO APLICA	
USO E.P.A	NO APLICA	
RIESGO FISICO	NO	
RIESGO QUIMICO	NO	
RIESGO BIOLOGICO	NO	
RIESGO ERGONOMICO	NO	
RIESGO MECANICO	NO	

Nombres y Apellidos JORGE GUIOVANNI ORTIZ GRANADOS **Identificación** CC 798111707

OBSERVACIONES	NO APLICA

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 6 meses y 1 año	NO			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	20/25	20/25	20/25			
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	Miopía
DIAGNOSTICO RELACIONADO	
DIAGNOSTICO RELACIONADO	
DIAGNOSTICO RELACIONADO	
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	HACER USO DE GAFAS ÚNICAMENTE PARA DESCANSO VISUAL POR MIOPIA LEVE

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

Dra. Rosmary Reyes S
OPTOMETRA RES 8814
ESP. SALUD OCUPACIONAL
P.U. UNI MINUTO
Rosmary Reyes Santamaria

ROSMARY REYES SANTAMARIA*
RM: RES. 8814 del 23102019
Firma y sello del Médico Evaluador

JORGE GUIOVANNI ORTIZ GRANADOS
C.C 798111707
Firma del trabajador Evaluado



CE-006 - 0000000100 – 2021

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79811707
NOMBRES Y APELLIDOS	Ortiz Granados,Jorge Guiovanni
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	14/12/2017
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	No Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Ortiz Granados,Jorge Guiovanni, a los 14 días del mes de julio del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JORGE GUIOVANNI ORTIZ GRANADOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.811.707**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 14 de Julio del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

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		
☐	1. CRP 2404 6041.pdf	1. CRP 2404 6041.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 2404.pdf	2. ARL 2404.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	EVIDENCIAS JULIO 2021 - copia.zip	EVIDENCIAS JULIO 2021 - copia.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	primer respondiente 2021.pdf	primer respondiente 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS
CC 38257650
GESTORA IED

Si no maneja consecutivo coloque N.A.	COMITÉ/REUNIÓN: ACTA ACTIVIDADES JULIO/2021 FORMADOR	DD	MM	AA
ACTA No.		19	7	2020

LUGAR:	**HORA DE INICIO:**	**HORA FIN:**

ASISTENTES

NOMBRE	CARGO	DEPENDENCIA
ORTIZ GRANADOS JORGE GUIOVANNI	FORMADOR	JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA
ARBOLEDA BARRIOS CLAUDIA ENELIA	GESTORA IED	JORNADA ESCOLAR COMPLEMENTARIA

ORDEN DEL DIA

1. Solicitud gestión administrativa a Formador	4.
2. Gestión Pedagógica	5.
3.	6.

TEMAS TRATADOS

1. A Claudia Enelia Arboleda Barrios, en calidad de Gestora IED le fue reportado el 13/07/2021 el Formador Jorge Guiovanni Ortiz Granados para asumir el centro de interés Porrismo en la IED Nuevo San Andrés de los Altos, en el marco del Proyecto 7854 - Jornada Escolar Complementaria a partir del 12/07/2021.

Luego del contacto telefónico inicial con el Formador Ortiz, vía correo electrónico el día 13/07/2021 se le solicitó el cumplimiento de la siguiente gestión administrativa:

* Tramitar el formato de solicitud de usuario y contraseña para acceder al Sistema Misional de Información - SIM.

* Tramitar el formato de Registro Diario de Salud y dejar copia del pantallazo de respuesta diaria, como insumo del informe de actividades mensual.

* Tramitar por una única vez, el formato de Encuesta de Salud.

* Realizar antes del 15/07/2021. el curso de inducción al Sistema de Gestión de Salud y Seguridad en el Trabajo; archivando registro de puntos alcanzados (mínimo 75/100); como insumo del informe mensual.

* Verificar la vigencia del Certificado de Primer Respondiente y si es el caso, proceder a renovarlo.

* Registrar en el drive "Datos Personales Formadores 2021", los datos allí solicitados (datos de contacto).

Adicionalmente y también por correo electrónico de 13/07/2021, se le solicitaron los documentos para soportar el primer pago (julio/2021), con el propósito de remitirlos a la Gestora Documental el 16/07/202.

Con correo electrónico de fecha 16/07/2021, se le solicitaron las certificaciones emitidas por la Personería, Procuraduría, Contraloría Distrital, Polícia Nacional (Antecedentes Judiciales, RNMC y delitos sexuales), para ser remitidos a la Gestora Documental el 17/07/2021.

2. Con el propósito de ser presentado ante la IED Nuevo San Andrés de los Altos a través de la docente Enlace Inés Consuelo Martínez, el Formador Ortiz atendió la convocatoria a reunión el día 14/07/2021, a las 10:00 horas, como consta en acta correspondiente.

También asistió a reunión de equipo con la docente Enlace, Formadores CI asignados a la IED Nuevo San Andrés de los Altos y Gestora IED el día 16/07/2021, a las 11:00 horas, como quedó registrado en acta correspondiente.

El día 19/07/2021, a las 9:30 horas el Formador Ortiz participó en reunión del proceso de Armonización, con la participación de la docente Enlace, Formadores CI, Gestor Pedagógico Daniel Hernando Lugo Jaramillo y Gestora IED.

El Formador Ortiz iniciará operación del centro de interés Porrismo el próximo 21/07/2021, cuando sea presentado a los grupos de grados 3 y 4 por parte de la Formadora Myriam Teresa Dulce Moreno, quien adelante asumirá los grados 2do; la docente Enlace y la Gestora IED.
De esta manera se deja constancia de la labor realizada por el Formador Ortiz, desde la fecha en que fue reportado y la entrega del informe de actividades del mes de julio/21, el 19/07/2021.
TEMAS TRATADOS
1. Solicitud gestión administrativa a Formador
2. Gestión pedagógica del Formador.
COMPROMISOS

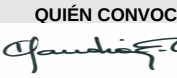
TEMA	RESPONSABLE	FECHA LÍMITE PARA SU REALIZACIÓN

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

Observaciones

La presente acta consigna las memorias realizadas en la reunión virtual mediante la Plataforma Meet, de acuerdo con los lineamientos contemplados en la Circular No. 015 de junio 30 de 2021 de la SED, ante la declaratoria del estado de emergencia nacional sanitaria, teletrabajo extraordinario, por lo cual no contiene firmas originales, y se relaciona las personas participantes".

Siendo las _____ 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	CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS	NOMBRE		
CARGO	GESTORA IED	CARGO		

NOMBRE COMPLETO DE QUIÉN ELABORA EL ACTA:	CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS

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 *

pomsgoa@gmail.com

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

DD MM AAAA

20 / 07 / 2021

2. Nombre y Apellido *

jorge guiovanni ortiz

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	79811707
NOMBRES	JORGE GUIOVANNI
APELLIDOS	ORTIZ GRANADOS
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
RETIRADO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	13/09/2012	30/03/2020	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	07/21/2021 18:35:19	**Estación de origen:**	192.168.70.220

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

CLAUDIA ENELIA ARBOLEDA BARRIOS
CC 38257650
GESTORA IED