

MEMORANDO

25 FEB 2020

Radicado IDRD No. 20205100102273



Bogotá D.C. 13-02-2020

PARA: LOPEZ OSPINA JULIO CESAR
Subdirección de Contratación

DE: Supervisor de Contrato

ASUNTO: Acta de Reiniciación del Contrato de Prestación de Servicios CPS No 1972 de 2019. Expediente Virtual No. 2019800201102629E

De manera atenta y para los fines pertinentes, me permito remitir en original, el Acta de Reiniciación, del contratista ORTIZ LONDOÑO SAUL ALEXANDER CPS No 1972 de 2019. Contrato que se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

GONZALEZ CARDENAS WILSON ALEJANDRO
Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02

Anexos: (3) Folios
Copia: N/A

Elaboró: César Nava-Contratista Deportes TEC
Proyectó: César Nava-Contratista Deportes TEC
Revisó: N/A
Aprobó: N/A

Página 15 de 23



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO
CC	80255499	BILLY ELVIS PEREZ BARRERA		CALLE 34 SUR 39A 43	6636222	billyperez82@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
38010322	09/10/2019				EMPLEADOS 1
					UPC 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-09	2019-09	N	18/10/2019	38131267	\$15.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora	Valor Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor		Cotización	UPC		
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	6.000	0		0		0	0	0	0	6.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colindos	800227940-6	7.700	0	0	0	0	0	0	0	7.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar
				No. Autorización	Valor									
14-23	Positiva-Seguros	860011153-6	1.100				1.100	0	0	1.100			11	1.100

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF21	Cafam	860013570-3	1.000	0	0	1.000	1		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, INP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	6.000	6.000
Pensión	1	7.700	7.700
Riesgos Laborales	1	1.100	1.100
CCF	1	1.000	1.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	15.800	15.800



ACTA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. IDRD-CTO-1972-2019

NOMBRE DEL CONTRATISTA ORTIZ LONDOÑO SAUL ALEXANDER

IDENTIFICACIÓN C.C. 1.030.528.285

SUPERVISOR **WILSON ALEJANDRO GONZÁLEZ CÁRDENAS**

OBJETO Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como FORMADOR TÉCNICO DEPORTIVO para la formación integral y deportiva de los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a las Instituciones Educativas del Distrito atendidas por el proyecto de inversión Tiempo Escolar Complementario.

PLAZO INICIAL DEL CONTRATO OCHO (8) MESES Y QUINCE (15) DÍAS

PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
(PLAZO INICIAL + PRÓRROGAS) OCHO (8) MESES Y QUINCE (15) DÍAS

FECHA DE INICIACIÓN DEL CONTRATO	<u>6</u> Día	<u>3</u> Mes	<u>2019</u> Año
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	<u>12</u> Día	<u>12</u> Mes	<u>2019</u> Año
FECHA DE INICIACIÓN SUSPENSIÓN	<u>16</u> Día	<u>11</u> Mes	<u>2019</u> Año
FECHA DE TERMINACIÓN SUSPENSIÓN	<u>2</u> Día	<u>2</u> Mes	<u>2020</u> Año
FECHA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO	<u>3</u> Día	<u>2</u> Mes	<u>2020</u> Año
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL DEL CONTRATO	<u>29</u> Día	<u>2</u> Mes	<u>2020</u> Año

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 19.635.000,00

VALOR TOTAL DEL CONTRATO
(VALOR INICIAL + ADICIONES) \$ 19.635.000,00

Como constancia de lo anterior, se firma la presente acta, en Bogotá D.C., a los 3 días del mes de febrero de 2020

FIRMA

Nombre del Supervisor:

WILSON ALEJANDRO GONZÁLEZ CÁRDENAS

FIRMA

Documento del contratista:

C.C. 1.030.528.285

FIRMA

Nombre del Ordenador del

MARIO GIOVANNI MONROY HERNANDEZ



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 SAUL ALEXANDER ORTIZ LONDOÑO, con Cédula Ciudadanía No. 1030528285 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 31/01/2020, para el contrato registrado con fecha desde 03/02/2020 y fecha hasta 03/03/2020, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 3.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, 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): 202001000327768.

Dada en Bogotá, a los 31 días del mes de enero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



SALUD NUEVA

Calle 142 N° 131 - 05

BARRIO TUBABUYES UNIVERSAL

Teléfono: 6881253 Celular: 312 3780044

NIT: 51775405-05



FECHA 19 DE MARZO DE 2019

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE: SAUL ALEXANDER ORTIZ LONDOÑO

TIPO DE DOCUMENTO: C.C. 1.030.528.285

SEXO: M EDAD: 32 AÑOS

EMPRESA: I.D.R.D.

CARGO: FORMADOR DEPORTIVO

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL RESOLUCION 12946 DE 09/10/2015

Realizado el Examen Médico Ocupacional, el suscrito medico certifica que el aspirante al cargo se encuentra:

- | | | |
|--|----|-------------------------------------|
| 1. APTO PARA TRABAJAR | SI | ☒ |
| 2. CON RETENCIONES PARA TRABAJO | SI | ☐ |
| 3. PRESENTA RESTRICCIONES PARA TRABAJO | SI | ☐ |

TIPO DE RESTRICCION O LIMITACIONES: NO

RECOMENDACIONES:

- Usar elementos de protección
- Nutricionales: estilo de vida saludable
- Aumentar actividad física
- Valoración o control por optometría anual
- Audiometría anual

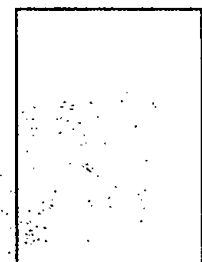
EXAMENES REALIZADOS:

Examen médico valoración auditiva, visiometría, osteomuscular.

Dra. Ana Rosa Aleman,
MD/Especialista Higiene
Salud Ocupacional
Universidad Nacional de Colombia

DRA. ANA ROSA ALEMAN
RM.16851 SDS
1434 MD

SAUL ALEXANDER ORTIZ LONDOÑO
C.C. 1.020.528.285



ID
HUELLA DEL TRABAJADOR

