

MEMORANDO

21 FEB 2020

Radicado IDRD No. 20205100101873



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 2281 de 2019. Expediente Virtual No. 2019800201101958E

De manera atenta y para los fines pertinentes, me permito remitir en original, el Acta de Reiniciación, del contratista PINEDA SUAREZ MISAEL ALEJANDRO CPS No 2281 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: (4) Folios
Copia: N/A

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

Página 8 de 18





ACTA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. IDRD-CTO-2281-2019

NOMBRE DEL CONTRATISTA PINEDA SUAREZ MISAEL ALEJANDRO

IDENTIFICACIÓN C.C. 80.126.536

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

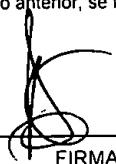
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
(PLAZO INICIAL + PRÓRROGAS) OCHO (8) MESES Y QUINCE (15) DÍAS

FECHA DE INICIACIÓN DEL CONTRATO	<u>18</u> Día	<u>3</u> Mes	<u>2019</u> Año
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	<u>24</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>11</u> Día	<u>3</u> Mes	<u>2020</u> Año

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 19.635.000,00

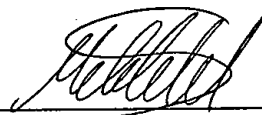
VALOR TOTAL DEL CONTRATO
(VALOR INICIAL + ADICIONES) \$ 19.635.000,00

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

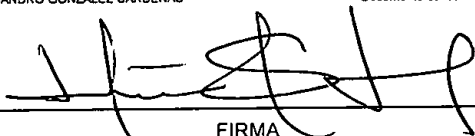
Nombre del Supervisor:

WILSON ALEJANDRO GONZÁLEZ CÁRDENAS


FIRMA

Documento del contratista:

C.C. 80.126.536


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 MISAELE ALEJANDRO PINEDA SUAREZ, con Cédula Ciudadanía No. 80126536 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 11/03/2020, 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): 202001000306227.

Dada en Bogotá, a los 30 días del mes de enero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud



Nro. 28426

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA LABORAL

FECHA : 18/03/2019 HORA:10:39		EXAMEN: PREOCUPACIONAL O INGRESO	
NOMBRES: MISAEAL ALEJANDRO PINEDA SUAREZ		CEDULA: 80126536	EDAD: 36 GENERO: M
EMPRESA: INDEPENDIENTE		CARGO: DOCENTE FORMADOR DEPORTIVO	TELEFONO: -

EXAMENES LABORALES REALIZADOS

Valoración Médica Laboral	Si	Respiratorio	Si
Espirometría	--	Dermatología	Si
Audiometría	--	Osteomuscular	Si
Visiometría	--	Cardiovascular	Si
Optometría	--	Prueba de equilibrio	--
Electrocardiograma	--	Radiología Tunnel/carpo	--
Psicología Laboral	--	Radiología Columna	--
Vacunas	--	Radiología Torax	--

LABORATORIO CLÍNICO ESPECIALIZADO

Cuadro Hemático IVG	--	Parcial de Orina	--
Glicemia	--	RH-Grupo Sanguíneo	--
Colesterol	--	KOH Uñas	--
Triglicéridos	--	Frotis Faringeo	--
Serología	--	Coprologico	--

CONCEPTO MÉDICO LABORAL: SE CERTIFICA QUE EL TRABAJADOR ES:

APTO PARA TRABAJOS EN ALTURA Y ESPACIOS CONFINADOS (CURSO SENA) -- Según Res.1409 del 3 de Julio de 2012

Apto Para el cargo sin Restricciones Si **Aplazado** --

Apto Para el Cargo con Restricciones que Intervienen con su Trabajo -- **No Apto Para Este Cargo** --

Apto Para Trabajos en Superficies sin Infradesnivel -- --

Examen PERIODICO Satisfactorio -- **Examen de EGRESO Satisfactorio** --

EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR DENTRO DE LIMITES NORMALES

RECOMENDACIONES - RESTRICCIONES

Higiene Postural	Si	Uso de Doble Protección Auditiva	--	Evitar Posturas Prolongadas	Si
Pausas Activas	Si	Control Optométrico Periódico	--	Uso de Medias de Compresión Graduado	--
Ergonomía del Puesto de trabajo	Si	Uso de Lentes Permanentes	--	Valoración y Manejo en IPS	--
Uso de Elementos de Protección Personal	Si	Uso de Lentes Visión Cercana	--	Dieta - Ejercicio Físico	--
Valoración por IPS de Medicina Laboral	--	Control de Tensión Arterial	--	Control Espirometría	--
Control Audiométrico	--	Estilos de Vida Saludable	Si	Control Médico Ocupacional Anual	Si

CONSENTIMIENTO INFORMADO (De Lectura Obligatoria)

Ha comprendido el propósito, los beneficios, la interpretación y los riesgos del examen médico, paraclínico(s) y/o ocupacionales que me van a practicar. Garantizo que las respuestas suministradas por mí en estos exámenes y presentes en este documento son veraces y completas. Entendiendo que este proceso es voluntario y libre de toda cohesión y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de que se iniciaran las pruebas, fui informado de las medidas que el profesional de Salud ocupacional de UMED LTDA. tomará para proteger la confidencialidad de la información allí expuesta, los autorizo para que den a conocer por cualquier medio electrónico o físico la información suministrada a la persona o entidad contemplada en la legislación actual vigente, para el buen cumplimiento del programa de Salud ocupacional de la Empresa y de los cuales recibiré los resultados y aseguro estar de acuerdo con el proceso. Hago constar con esta firma que he leído y comprendido a la perfección lo anterior y que estoy en capacidad de manifestar mi libre consentimiento.

NESTOR RAUL GARZON RODRIGUEZ
LICENCIA No. 6684 DE 27/07/2009
Médico Especialista en Salud Ocupacional

Firma Trabajador

C.C. No

80126530



Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937

Fax: 239 0086

umedltda@gmail.com

www.umedips.com

Realice sus exámenes en Instituciones medicas
aprobadas por la Secretaria Distrital de Salud:
UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional



EL DIVINO NIÑO JESUS

Unidad Médica de Especialistas

UMED LTDA. I.P.S.

Salud Ocupacional Licencia No. 9511 de 23/08/2013

Lic. Anterior No. 9706 de 05/10/2009

Nit: 830.015.894-4

VALORACIÓN VISUAL LABORAL

Código de prestador de servicios de la salud No.110010565901
Aprobado por la Secretaría de Salud de Bogotá según
Resolución No. 1701 de Mayo 26 de 1997
Dra. María Luisa Molina M. CPTP No. 13958-T
Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 5594 01/08/2005 de la Secretaría de Salud



EXAMEN DE: VISIOMETRIA		Fecha de Realización: 18/03/2019	
NOMBRE: MISAFEL ALEJANDRO PINEDA SUAREZ		CEDULA: 80126536	
GENERO: MASCULINO	FECHA NACIMIENTO: 26/04/1982	EDAD: 36 Años	
EMPRESA: INDEPENDIENTE		CARGO:	
I.P.S. COMPENSAR		ARP:	

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN VISUAL LABORAL

Certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración visual que se me va a realizar; que actúo consecuentemente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración visual si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarree. Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente no me habilita del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si decido no realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumpla los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud visual. (APLICA RESOLUCION 1985 H.C. UMED Ltda.)

ANTECEDENTES LABORALES

Ocupación: FORMADOR DEPORTIVO - Tiempo en este Oficio: 4 AÑOS

Exigencia Visual del Oficio - Cercana (20/) Lejana (20/)

Considera que las condiciones en que trabaja son adecuada para sus ojos: SI
Por que

Utiliza Alguna Protección: NO

Oficios Anteriores - Tiempo:

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Le Han Practicado Alguna Visiometría Anteriormente: SI - Fecha del Examen HACE 18 MESES

Tiene Lentes Formulados: NO

Usa Lentes Actualmente: NO

EXAMEN EXTERNO: OD - HIPEREMIA LEVE
OI - HIPEREMIA LEVE

ESTADO MOTOR: NORMAL

EVALUACIÓN DE PRUEBA

AGUDEZA VISUAL:	SIN CORRECCIÓN	CON CORRECCIÓN
LEJOS OD:	20/30-2	
OI:	20/25+2	
AO:	20/20-1	
CERCA OD:	0.50 M	
OI:	0.50 M	
AO:	0.50 M	

Oftalmoscopia Directa: Medios Transparentes

IDX - AMETROPIA LEVE

Uso de Corrección Visual - SI - Observaciones:

Cromática: Normal - Observaciones:

Test Estereopsis: 40 Seg de Arco

Interpretación: VISION LEJANA LEVEMENTE DISMINUIDA, SE RECOMIENDA CONTROL VISUAL PARA DEFINIR CORRECCION OPTICA

RECOMENDACIONES LABORALES

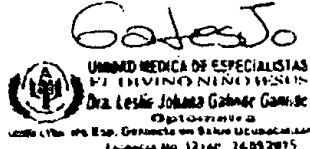
Control Anual	Remisión EPS	Remisión Optometría
Usar Elementos de Protección Visual Adecuados	Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica	

OPTOMETRA Esp Salud Ocupacional

TRABAJADOR

LESLIE JOHANA GALINDO GALINDO

LICENCIA No. 12140



UNIDAD MEDICA DE ESPECIALISTAS
EL DIVINO NIÑO JESUS
Dra. Leslie Johana Galindo Galindo
Optometrista
Licencia No. 12140 de 14/03/2015

Realice sus exámenes en Instituciones medicas
aprobadas por la Secretaría Distrital de Salud:
UMED LTDA. I.P.S. Salud Ocupacional

Carrera 21 No. 26-00/06 Sur
Tels: 278 5555 - 366 5291 - 239 1657 - 272 9937

Fax: 239 0086

umedltda@gmail.com

www.umedips.com