

25 FEB 2020

MEMORANDO

Radicado IDRD No. 20205100086703



Bogotá D.C. 07-02-2020

PARA: JULIO CESAR LOPEZ OSPINA
Subdirección de Contratación.

DE: Supervisor de Contrato.

ASUNTO: Acta de Reiniciación CPS No 2231 de 2019. Expediente Virtual No.
2019800201101916E

De manera atenta envío acta de Reiniciación del CPS 2231 de 2019, a nombre del contratista MEDINA MACIAS OSCAR MAURICIO. Contrato que se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,
WILSON ALEJANDRO GONZALEZ CARDENAS.
Asesor de Dirección General Código 105 grado 02

Anexos: (5) Folios.
Copia: N/A

Elaboró: German Prieto Loaiza- Contratista TEC 6.9
Proyectó: German Prieto Loaiza- Contratista TEC 6.9
Revisó: N/A
Aprobó: N/A





ACTA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. IDRD-CTO-2231-2019

NOMBRE DEL CONTRATISTA MEDINA MACIAS OSCAR MAURICIO

IDENTIFICACIÓN C.C. 1.012.353.167

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>13</u> Día	<u>3</u> Mes	<u>2019</u> Año
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	<u>19</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>6</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

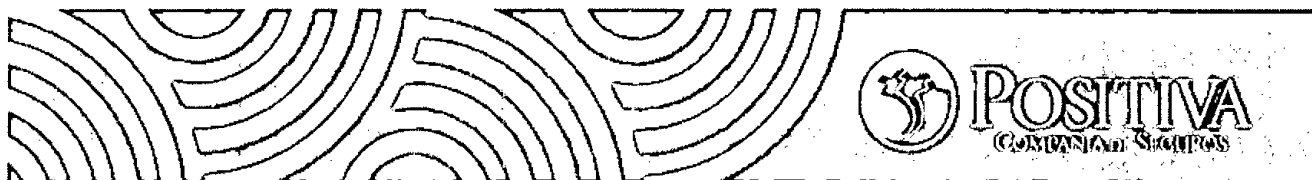
Documento del contratista:

C.C. 1.012.353.167

FIRMA

Nombre del Ordenador del

MARIO GIOVANNI MONROY HERNANDEZ



**POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6**

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor OSCAR MAURICIO MEDINA MACIAS, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.012.353.167, contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con NIT No. 860061099, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 03/02/2020 y fecha fin de contrato 06/03/2020 con riesgo 3.

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): 202001000353898.

Esta certificación se expide a los 03 días del mes de Febrero de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

CERTIFICADO CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 19/03/2019 9.38 AM

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: 2019-03-19 09:40:16

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos		OSCAR MAURICIO MEDINA MACIAS			Identificación	CC	1012353167	Sexo	M
Fecha de Nacimiento		13/03/1989	Edad	30 Años	Teléfonos	3122725815			
Dirección	CL 63 78 J 38 SUR		Municipio	Bogotá, D.C.	EPS	Compensar			
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS			Fondo de Pensiones	PORVENIR S.A.				

DATOS EMPRESA

Empresa Contratante	Atencion a Particulares			Empresa Usuaría	NO APLICA
Cargo	DOCENTE FORMADOR	Fecha Ingreso	SIN INFORMACION		

EXAMENES REALIZADOS

VISIOMETRIA SALUD OCUPACIONAL	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 ESPECIFICA AL CARGO O REINDUCCIÓN	
ACONDICIONAMIENTO FÍSICO O PAUSAS ACTIVAS	
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	
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 mí 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 Médica 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 pérdida 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.

Jairo Orlando Garzón Lozano
C.C. 79574061
RM: 25-333 de 1999
Firma y sello del Médico Evaluador

Oscar Mauricio Medina Macias
C.C. 1012353167
Firma del trabajador Evaluado



JAIRO ORLANDO GARZÓN LOZANO
C.C. 79574061 RM: 25-333 de 1999
Firma y sello del Médico Evaluador

OSCAR MAURICIO MEDINA MACIAS
C.C. 1012353167
Firma del trabajador Evaluado

FECHA DEL EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA DEL EXAMEN 2019-03-19 08:47:17

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	OSCAR MAURICIO MEDINA MACIAS	Identificación	C	1012353167	Sexo	M	G.S. Rh.	O +
Fecha de Nacimiento	13/03/1989	Lugar Nacimiento	BOGOTA	Edad	30 Años	Estado Civil	Casado (a)	
Escolaridad	Profesional	Procedencia	Departamento	Bogotá, D.C.	Municipio	Bogotá, D.C.		
Dirección	CL 63 78 J 38 SUR			Teléfonos	3122725815			
EPS	Compensar	ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS					

DATOS EMPRESA

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

ANTECEDENTE LABORALES

NO REFIERE

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 CORRECCION			CON CORRECCION		
OJO	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL
LEJANA	20/20	20/20	20/20			



Fundación Médica Miratu Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CAUDAD HUMANA

EXAMEN VISIOMETRIA SALUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 19/03/2019 9.37 AM

Página 2 de 2

Nombres y Apellidos OSCAR MAURICIO MEDINA MACIAS
Identificación CC 1012353167

OJO	SIN CORRECCION			CON CORRECCION		
	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL
PROXIMA		0.50 m		0.50 m		0.50 m

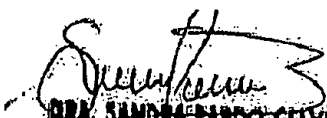
EXAMEN EXTERNO	
OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
SEGMENTO ANTERIOR DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS	SEGMENTO ANTERIOR DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS

EXAMEN MOTOR	
COVER TEST	
VL	VP
ORTHOFORIA	EXOFORIA

PERCEPCION		
VISION CROMATICA	NORMAL	
ESTEREOPSIS	NORMAL	

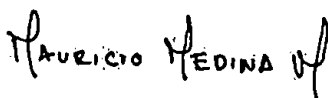
DIAGNOSTICO	
DIAGNOSTICO 1	Examen de ojos y de la visión
DIAGNOSTICO RELACIONADO	
DIAGNOSTICO RELACIONADO	
DIAGNOSTICO RELACIONADO	
OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	EMETROPE. SE RECOMIENDA USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE. CONTROL VISUAL SEGÚN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE

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.



DR. SANDRA PARDO GILVEZ
OPTOMETRA REG. 1212
ESA SALUD OCUPACIONAL
P. U. JAVERIANA

SANDRA MILENA PARDO
RM: RESOL. 3150 del 10/04/2017
Firma y sello del Médico Evaluador



OSCAR MAURICIO MEDINA MACIAS
C.C 1012353167
Firma del trabajador Evaluado

