BOGOTÁ | IDRD

MEMORANDO 13 MAR 2020

Radicado IDRD No. 20205100097353

Bogotá D.C. 12-02-2020

PARA: JULIO CESAR LOPEZ OSPINA
Subdirección de Contratación.

DE: Supervisor de Contrato.

ASUNTO: Acta de Reiniciación CPS No 2546 de 2019. Expediente Virtual No. 2019800201102078E

De manera atenta envío acta de Reiniciación del CPS 2546 de 2019, a nombre del contratista CAMACHO MANRIQUE JOSE ANTONIO. 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: (4) Folios.
Copia: N/A

Elaboró: German Prieto Loaiza- Contratista TEC 6-P
Proyectó: German Prieto Loaiza- Contratista TEC
Revisó: N/A
Aprobó: N/A

Instituto Distrital de Recreación y Deporte
Calle 63 No. 59A - 06
Tel: 660 54 00
www.idrd.gov.co
Info: Línea 195

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2020.03.13 16:01:27 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ACTA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.	**IDRD-CTO-2546-2019**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**CAMACHO MANRIQUE JOSE ANTONIO**
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA	**C.C. 80.436.509**
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	**OCHO (8) MESES Y OCHO (8) DÍAS**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO (PLAZO INICIAL + PRÓRROGAS)	**OCHO (8) MESES Y OCHO (8) DÍAS**

FECHA DE INICIACIÓN DEL CONTRATO	**22** Dia	**3** Mes	**2019** Año
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	**21** Dia	**12** Mes	**2019** Año
FECHA DE INICIACIÓN SUSPENSIÓN CONTRATO / CONVENIO	**16** Dia	**11** Mes	**2019** Año
FECHA DE TERMINACIÓN SUSPENSIÓN CONTRATO / CONVENIO	**2** Dia	**2** Mes	**2020** Año
FECHA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO	**3** Dia	**2** Mes	**2020** Año
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL DEL CONTRATO / CONVENIO	**8** Dia	**3** Mes	**2020** Año

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$	**19.096.000,00**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (VALOR INICIAL + ADICIONES)	$	**19.096.000,00**

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: 80.436.509

FIRMA

Nombre del Ordenador del Gasto: 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 JOSE ANTONIO CAMACHO MANRIQUE, con Cédula Ciudadanía No. 80436509 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con contrato registrado con fecha desde 03/02/2020 y fecha hasta 08/03/2020, el estado actual del contrato es FINALIZADO.

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): 202001013102662.

Dada en Bogotá, a los 9 días del mes de marzo de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

NIT: 4612476-3
Avenida 1ro de mayo
(TV 74f) # 40 B 69 sur piso 2
TEL : 2652890- 3137314040
E-MAIL dreduardo@gmail.com
Bogota D.C

Fecha. DIA MES AÑO

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL(Certi

Nº 687

Empresa:

Tipo de examen:

Enfasis:

Este documento es valido solo si esta respaldado por la historia clínica o valoración medica de la misma fecha, copia de este documento en nuestros archivos y resultados de exámenes paraclinicos si es el caso usted puede verificar su autenticidad comunicandose con nosotros al 3137314040 y 2652890

INFORMACION DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres

Cargo | Doc | No 80436509 | Edad (49

CONCEPTO

- ✓ Apto sin restricciones para el cargo
- Las patologias diagnosticas son incomparables con el cargo
- Aplazado
- satisfactorio
- No satisfactorio
- Presenta patologia modificable con el estilo de vida
- Hay restricciones a su lavor
- Examen de egreso satisfactorio
- Examen de egreso no satisfactorio
- Otro

Motivo del aplazamiento

Restricciones:

Descripcion adicional del concepto:

EXÁMENES PARACLÍNICOS RELIZADOS:

Audiologia	Espirometria	Lab, Clinico	Otros examenes:
Visiometria	Prueba psicometrica	RX	
Optometria	Electrocardiograma	Prueba de esfuerzo	

Descripcion de resultados:

RECOMENDACIONES:

Control periodico por EPS	✓ Control periodico ocupacional	✓ Dieta
Remision a EPS	✓ Higiene poctural	✓ Ejercicio regular 3 veces a la semana
Continuar maneja medico	✓ Utilizacion de EPS	Dejar habito de fumar
Seguimiento caso ARL	✓ Pausas activas periodicas	

Incluir Programa de vigilancia Epidemiologia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR ha autorizado el (a la) doctor(a) abajo mencinado(a), a realizar en mi el examen medico y/a parclinico ocupacional(es). registrados(s) en este documento uniforme conforme quedo registrado en la historia clinica Ocupacional el doctor (a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y proposito, los beneficios, la interpretación, la limitación y riesgos del examen medico y/o paraclinico (s) ocupacional(es), a partir do la asesoria brindada antes de las pruebas he sido informado de las medidas que UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM para proteger la conficlifidad de mis resultádos. Recibir del concepto medico ocupacional Manifiesto ante la firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dads por mi en este(as) examenes(es) son completas y verdicas. autorizo a UNIDAD MEDICA OCUAPCIONAL DEL SUR JM . para que sumunistre a las personas o entidades comtenpladas en las legislaciones vigentes, la informacion registradas en el momento, para el buen cumplimiento del sistema de gestion de seguridad y salud en el trabajo

MEDICO

JAVIER EDUARDO MORENO RAMOS
MEDICO Y CIRUJANO
ESPECIALISTA MEDICINA ALTERNATIVA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC S.O. 3235/2017 RM 4612476-1244

Firma y Sello:

ASPIRANTE O TRABAJADOR:

80436509

Firma y numero de doc:

HUE



CERTIFICADO VISUAL

Fecha 22/08/2019

Tipo Examen PRE OCUPACIONAL

Nombre JOSE ANTONIO CAMACHO MANRIQUE

Cedula 8043650

Sexo MASCULINO Edad 50

E.P.S. FAMISANAR

Dirección CRA 80 I.N 37B-42

Telefono

Empresa PARTICULAR

Cargo DOCENTE

Resultado NORMAL

Impresión Diagnóstica EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION, PRESBICIA, ESTTRECPSIS ALTERADO [illegible]

Recomendaciones USAR CORRECCION OPTICA SOLO DE CERCA, CONTINUAR USANDO PROTECCION UV [illegible]

ANGELA JOHANNA RUEDA ROMERO 3344

Firma Examinador

JOSE ANTONIO CAMACHO MANRIQUE 8043650

Firma Empleado

BOGOTÁ | IDRD

MEMORANDO 13 MAR 2020

Radicado IDRD No. 20205100090453

Bogotá D.C. 10-02-2020

PARA: JULIO CESAR LOPEZ OSPINA
Subdirección de Contratación.

DE: Supervisor de Contrato.

ASUNTO: Acta de Reiniciación CPS No 2409 de 2019. Expediente Virtual No. 2019800201102242E

De manera atenta envío acta de Reiniciación del CPS 2409 de 2019, a nombre del contratista ORTIZ CORREA HORACIO RAFAEL. 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: (4) Folios.
Copia: N/A

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

Instituto Distrital de Recreación y Deporte
Calle 63 No. 59A - 06
Tel 660 54 00
www.idrd.gov.co
Info: Línea 195

ISO 9001 Icontec

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ACTA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No.	**IDRD-CTO-2409-2019**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**ORTIZ CORREA HORACIO RAFAEL**
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA	**C.C. 73.142.110**
SUPERVISOR	**WILSON ALEJANDRO GONZÁLEZ CÁRDENAS**
OBJETO	Prestar sus servicios de apoyo como FORMADOR 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	**OCHO (8) MESES Y OCHO (8) DÍAS**
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO (PLAZO INICIAL + PRÓRROGAS)	**OCHO (8) MESES Y VEINTE (20) DÍAS**

FECHA DE INICIACIÓN DEL CONTRATO	**14** Dia	**3** Mes	**2019** Año
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	**13** Dia	**12** Mes	**2019** Año
FECHA DE INICIACIÓN SUSPENSIÓN CONTRATO / CONVENIO	**16** Dia	**11** Mes	**2019** Año
FECHA DE TERMINACIÓN SUSPENSIÓN CONTRATO / CONVENIO	**2** Dia	**2** Mes	**2020** Año
FECHA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO	**3** Dia	**2** Mes	**2020** Año
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL DEL CONTRATO / CONVENIO	**12** Dia	**3** Mes	**2020** Año

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$	**14.549.333,00**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (VALOR INICIAL + ADICIONES)	$	**15.253.333,00**

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	FIRMA
Nombre del Supervisor: WILSON ALEJANDRO GONZÁLEZ CÁRDENAS	Documento del contratista: 73 142 110
FIRMA	
Nombre del Ordenador del Gasto: 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 HORACIO RAFAEL ORTIZ CORREA, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 73.142.110, contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE, con CC No. 79641497, tiene un registro como INDEPENDIENTE 723 desde el 03/02/2020 y fecha fin de contrato 12/03/2020 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): 202001013101375.

Esta certificación se expide a los 09 días del mes de Marzo de 2020.

Cordialmente

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

CENTRO MÉDICO LABORATORIO CLÍNICO

OLAYA S.A.S

INSCRITO ANTE LA SECRETARIA DE SALUD

CP 110011775101/02 - NIT. 900 171 517-3

IMPORTANTE: no confíe su salud a tramitadores en la calle, acuda a los centros médicos autorizados por la Secretaría Distrital de Salud

NOTA: este certificado médico es válido en el formato original y con el sello seco

CERTIFICADO DE EXAMENES MEDICO OCUPACIONAL

(Según lo dispuesto en las Resoluciones 2346/2007, 1918/2009, 1409/2012 y la NTC 4116)

MOTIVO DE EVALUACIÓN

FECHA:		INGRESO		EGRESO		PERIODICO		TRAB. EN ALTURAS		ESPAC. CONFINADOS		MAN. ALIMENTOS	
16/03/19			X										

NOMBRE	HORACIO RAFAEL ORTIZ CORREA	IDENTIFICACION	73.142.116

EXAMENES REALIZADOS

EXAMEN MEDICO		AUDIOMETRÍA		OPTOMETRÍA		ESPIROMETRÍA		LABORATORIO CLÍNICO		PRUEBA VESTIBULAR	
	X		X		X						

NOMBRE DE LA EMPRESA	IDRD
CARGO	FORMADOR DEPORTIVO

CONCEPTO DE LA VALORACION MEDICA

APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES	X	APTO CON RESTRICCIONES	
APTO CON PATOLOGIA QUE NO INTERFIERE PARA EL CARGO		APLAZADO	
APTO CON PATOLOGIA QUE INTERFIERE PARA EL CARGO		NO APTO	

RESULTADO EXAMENES	AUDIOMETRIA: ANORMAL, VISIOMETRIA: ANORMAL
OBSERVACIONES	EXAMEN CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR: **HOMBROS:** amplitud de movimiento, rotación interna/externa, prueba del supraespinoso, prueba de despegue, signo de Neer, prueba de O'Brien, prueba de Hawkins-Kennedy: normales; **CODO**, prueba de Cozen, flexión del codo por 60 segundos: normales, **MANO:** prueba de Finkelstein: normal, Tinel, Phanel: normales, **COLUMNA Y MIEMBROS INFERIORES:** Lasague, prueba de Lachman, cajón anterior, prueba de pivote, prueba de Thessaly y modificada de McMurray: normales.

TIPO DE RESTRICCION	NINGUNA.	OBSERVACION	NINGUNA

COMENTARIOS EXAMEN PERIODICO

COMENTARIOS EXAMEN DE EGRESO

Inducción al cargo (Art 13 Dec 2646/08). Pautas de control de estrés laboral (Res. 2646) y pautas para prevenir el uso de sustancias psicoactivas en el trabajo (Res 1075, 1016, 7036, 1956, Dec. 1108, Circular 38/2010 y las que apliquen). Pautas para prevenir el acoso laboral y otros hostigamientos (Ley 1010/06, Res 652 de 2012). Capacitar en el uso de los EPP requeridos para el cargo (Ley 9 Titulo III, arts 85, 122, 123 y 124), según matriz de peligro (GTC 45, Dec 1563, Res 0144, Res 1111 de 2017). Capacitar en manejo de cargas (Res 2400 Cont. 390, 392 y las que apliquen). Utilizar protección auditiva cuando se superen los 80 dB (Res 627 y NTC 2272). Gestión peligro biomecánico mediante pausas activas- charlas sobre higiene postural-sillas ajustables (Ley 1355/09, GTC 45). Mantener el lugar de trabajo limpio, ordenado y aseo. Pausas dinámicas cada 2 horas. Control con nutricionista/endocrinooftorrino, optometría.

Pablo Hernandez Moreno
Médico cirujano (UIS)
Esp. Higiene y Salud Ocupacional
Esp. Gerencia integral en SST
LCC 4

PABLO HERNANDEZ
FIRMA MEDICO

FIRMA, CEDULA Y HUELLA INDICE DERECHO ASPIRANTE

FIRMA Y CASO PROFESIONAL 6554/09

IMPORTANTE: [illegible] ATENCIÓN: Falsedad en documento privado - el (Artículo 289 del Código penal Colombiano).

Principal : Cra. 21 No. 26-52 sur Tel: 278 3189 FAX: 408 19 86 Sede: Cra. 21 No. 23 - 38 sur - Tel: 239 7687
Barrio Olaya - centromedicoolaya@gmail.com

CENTRO MEDICO LABORATORIO CLINICO

OLAYA S.A.S

VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

NOMBRES:	Horacio Parce Ortiz	EDAD: 51 AÑOS	FECHA: 7-03-19
IDENTIFICACION:	73142110	TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

OCUPACION: | TIEMPO EN ESTE OFICIO:

UTILIZA ALGUNA PROTECCION? SI ____ NO ____ CUAL? ____

EVALUACION DE LA PRUEBA

AGUDEZA VISUAL	SIN CORRECCION	CON CORRECCION
Lejos OD	20/40	
Lejos OI	20/30	
Lejos AO	20/30	
Cerca OD	-2M	
Cerca OI	-2M	
Cerca AO	-2M	

RECOMENDACIONES

OFTALMOSCOPIA DIRECTA	OD: SIN	OI: SIN	AO: ____
Necesidad de Corrección Optica	SI		
Cromática:	NORMAL ____		ANORMAL ____
Test Estereopsis:	____		
INTERPRETACION:	PRESBICIA-HIPERMETROPE		
OBSERVACIONES	EXPERMANENTE		
RECOMENDACIONES			

Optómetra Universidad de la Salle 52.270.217

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR

REPORTE DE ESPIROMETRIA

NOMBRES:		EDAD:	FECHA:
IDENTIFICACION:		TELEFONO:	
CARGO:		EMPRESA:	

ANTECEDENTES MEDICO OCUPACIONALES

ITEM	VALOR OBSERVADO	VALOR TEORICO	
FEV1 (L)			
FEV1 (%)			
FEV1/FVC (%)			
FEF25-75 (L/S)			
PEF (L)			

FIRMA PROFESIONAL

FIRMA TRABAJADOR

4