BOGOTÁ | IDRD

MEMORANDO

25 FEB 2020

Radicado IDRD No. 20205100102313

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 1784 de 2019. Expediente Virtual No. 2019800201102360E

De manera atenta y para los fines pertinentes, me permito remitir en original, el Acta de Reiniciación, del contratista ROMERO MARTINEZ JUAN SEBASTIAN CPS No 1784 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

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.

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2020.02.25 18:19:21 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-1784-2019**

NOMBRE DEL CONTRATISTA **ROMERO MARTINEZ JUAN SEBASTIAN**

IDENTIFICACIÓN **C.C. 1.019.045.958**

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**

	Dia	Mes	Año
FECHA DE INICIACIÓN DEL CONTRATO	5	3	2019
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	11	12	2019
FECHA DE INICIACIÓN SUSPENSIÓN	16	11	2019
FECHA DE TERMINACIÓN SUSPENSIÓN	2	2	2020
FECHA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO	3	2	2020
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL DEL CONTRATO	28	2	2020

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

Sebastian Romero M.

FIRMA

Nombre del Supervisor: WILSON ALEJANDRO GONZÁLEZ CÁRDENAS

Documento del contratista: C.C. 1.019.045.958

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 JUAN SEBASTIAN ROMERO MARTINEZ, con Cédula Ciudadanía No. 1019045958 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 02/02/2020, 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): 202001000348895.

Dada en Bogotá, a los 3 días del mes de febrero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

PORSALUD LTDA

Calle 145A No. 94 A - 17 Bogotá Colombia
PBX: 7462603 - 7462753 Página web: www.porsaludips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10019

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
20 DIA	11 MES	2017 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULAR	PARTICULARES
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

ROMERO MARTINEZ JUAN SEBASTIAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	27 AÑOS 6 MESES 9 DÍAS	CC	1019045958
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
LICENCIADO EN EDUCACION FISICA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NINGUNA	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓ ----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	SVE VISUAL	HABITOS SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FISICA AERÓBICA
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento el doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas

Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completamente diligenciados en mi presencia y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma:	Firma:
Nombre: BOLIVAR HERNANDEZ ALEJANDRO	Nombre: ROMERO MARTINEZ JUAN SEBASTIAN
R. M.: 3699-11 L.S.O.: 7317	CC: 1019045958