BOGOTÁ | IDRD

MEMORANDO 25 FEB 2020

Radicado IDRD No. 20205100091443

Bogotá D.C. 10-02-2020

PARA: JULIO CESAR LOPEZ OSPINA
Subdirección de Contratación

DE: Supervisor de Contrato.

ASUNTO: Acta de Reiniciación CPS No 1854 de 2019. Expediente Virtual No. 2019800201102471E.

De manera atenta envío acta de Reiniciación del CPS 1854 de 2019, a nombre del contratista ZAMORA DIAZ RONALD STEVEN. Contrato que se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,
WILSON ALEJANDRO GONZÁLEZ CÁRDENAS.
Asesor de Dirección General Código 105 grado 02

Anexos: (4) Folios.
Copia: N/A

Elaboró: Julian Andres Suarez Chaur- Contratista TEC
Proyectó: Julian Andres Suarez Chaur - 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: Linea 195

ISO 9001 icontec

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2020.02.26 12:37:33 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

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-1854-2019**

NOMBRE DEL CONTRATISTA **ZAMORA DIAZ RONALD STEVEN**

IDENTIFICACIÓN **C.C. 1.023.938.810**

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	**5** Dia	**3** Mes	**2019** Año
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	**11** Dia	**12** Mes	**2019** Año
FECHA DE INICIACIÓN SUSPENSIÓN	**16** Dia	**11** Mes	**2019** Año
FECHA DE TERMINACIÓN SUSPENSIÓN	**2** Dia	**2** Mes	**2020** Año
FECHA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO	**3** Dia	**2** Mes	**2020** Año
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL DEL CONTRATO	**28** Dia	**2** Mes	**2020** 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. 1.023.938.810

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 RONALD STEVEN ZAMORA DIAZ, con Cédula Ciudadanía No. 1023938810 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 28/01/2020, 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): 202001000271270.

Dada en Bogotá, a los 28 días del mes de enero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Dra. Angela Patricia Prieto Velandia

Optómetra U.L.S. - T.P. 1942 CTNPO
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 562 20/01/2010

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Nombres y apellidos: Ronald Steven Zamora	Identificación: 1023938810	Fecha: 21/03/19
Sexo: F☐ M☒ Edad: 21	Empresa: IDRD.	EPS: Sanitas	ARP: Positiva

Consentimiento Informado Valoración Visual Ocupacional

Yo Ronald Zamora identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respecto a la valoración visual que se me va a realizar; que actúo consecuente, 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 acarrea. Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que eh entregado son totalmente veraces; Y que posteriormente se me hablara 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 diagnosticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud visual.

Antecedentes Ocupacionales

Ocupación: Formador deportivo	Tiempo en este oficio: 4 años	Exigencia visual del oficio: Cercana (20/) Lejana (20/) Otras

Considera que las condiciones en que trabaja son adecuadas para sus ojos Si____ No____
Por Que?

Utiliza alguna protección? Si__ No☒ ¿Cual? N/A

Oficios Anteriores 1	Tiempo	2	Tiempo

Examen de Agudeza Visual

Le han practicado alguna visiometria anteriormente: SI☒ NO☐ Fecha de examen: 1 año	Tiene lentes formulados: SI☐ NO☒ Hace cuanto?
Fecha ultimo cambio de lentes____ Usa lentes actualmente SI___ NO___	TIPO DE LENTES Anteojos☐ Bifocales☐ De contacto☐
Forma de uso: Permanentes☐ Ocasionales☐ Para ver de cerca☐ Para ver de lejos☐ Otros☐	Cirugia Ocular actual: Cual: Fecha:
Sintomatología Ocular actual: SI__ NO☒ Cual? Normal	

Evaluación de Prueba

Agudeza Visual	Sin Corrección	Con Corrección
Lejos OD	20/20	
OI	20/20	
AO	20/20	
Cerca OD	20/20	
OI	20/20	
AO	20/20	

Oftalmoscopia Directa ☒ ODI DX Normal
Conducta Necesita uso corrección óptica NO
Cromática Normal☒ Anormal__ OBSERVACIONES
Test Estereopsis: Normal
INTERPRETACIÓN: Normal
OBSERVACIONES:

Recomendaciones Laborales

1. Control Anual SI☒ NO__	2. Remisión a la EPS SI☒ NO__ Oftalmología__ Optometria__
2. Usar protección visual adecuada SI☒ No__	2. Ingresar al programa de vigilancia epidemiologia SI__ NO☒

Dra. Angela P. Prieto V.
Optómetra U.L.S
Salud Ocupacional
20/01/2010.
C.C. 1023938810
R.P. 562

Firma de Optómetra

Firma de Paciente

El presente certificado no es valido sin firma y sello original del profesional.

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 1100106221201
Licencia Salud Ocupacional Resolución Nº 15006/2015 de Secretaria Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: I.D.R.D.				
Dir :			Nit :	
Fecha Marzo 19/2019	Cargo: Formador Deportivo			
Tipo de examen	Ingreso Si	Periódico —	Retiro —	Trabajo en alturas —

Trabajador

Apellidos Zamora Díaz	Nombres Ronald Steven.		
ID: 1023.938.810	Tel:	Sexo M.	Edad 24
Ocupación: Lic. Educación Física		Diestro —	Zurdo Si

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional Si	Visiometría Si	Audiometría —
Radiografía —	Electrocardiograma —	Espirometría —
Glicemia —	Colesterol , —	Triglicéridos —
Otros		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones —	Puede continuar su labor —
Apto con restricciones que no limitan su labor —	Puede continuar con reubicación laboral —
Apto para el cargo Si	Examen de retiro satisfactorio —
Aplazado por restricciones —	Examen de retiro con patología —
Apto para trabajo en alturas. No	No apto —

Restricciones médicas ocupacionales No Presenta.

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal Si	Valoración por —
Hacer pausas activas. Si	Reubicación laboral temporal. —
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. Si	Rehabilitación ocupacional —
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias —
Otras —	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O Nº 15006/2015 S.D.S

Médico Licencia en Salud Ocupacional

C.C. 1023938810

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud.
TRABAJADOR EXAMINADO.

v 1- 2.019

ANEXO OSTEOMUSCULAR	Dia 19	Mes 03	Año 2019	Ciudad Bogotá
	TIPO DE EXAMEN	Ingreso	Periódico	Retiro

El presente anexo es parte integral de la historia clínica ocupacional como resultado de la evaluación médica ocupacional

NOMBRE DEL TRABAJADOR

Apellidos Zamora Diaz	Nombres Ronald Steven.	
ID:	Sexo Masculino	Edad: 24 años

PERFIL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL (No aplica para examen de Ingreso)	
riesgo ergonómico en el cargo	
Manipulación de cargas	Horas de trabajo por jornada
Esfuerzos más frecuentes	Usa ayudas mecánicas?
Movimientos repetitivos?	Postura habitual
Distancia que camina por dia	Herramientas que usa
Manipula objetos pesados?	Qué peso máximo levanta?

MOVILIDAD	DERECHA			IZQUIERDA			REVISIÓN POR SÍNTOMAS			
SEGMENTO	FLEX	EXT	ABDUC	FLEX	EXT	ABDUC.	SINTOMA	SI	NO	COMENTARIO
Hombro	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Cervicalgia		✓	
Coxofemoral	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Dorsalgia		✓	
Codo	✓	✓		✓	✓		Lumbalgia		✓	
Mano	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Artralgia		✓	
Rodilla	✓	✓		✓	✓		Tendinitis		✓	
Cuello de pie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Amputaciones		✓	

COLUMNA VERTEBRAL	Cifosis?	Escoliosis?	Lordosis?	Cifoescoliosis?	Flexión	Rotación	Cuello
	No	No	No	No	Normal	Normal	Normal

SISTEMA MUSCULAR	Normal	Anormal	SISTEMA MUSCULAR	Normal	Anormal	TEST ESPECÍFICOS	
Pectoral mayor	✓		Flexores de cadera	✓		Rascado de Apley	Normal
Biceps braquial	✓		Extensores de cadera	✓		Phalen (T.Carpo)	
Triceps braquial	✓		Cuádriceps	✓		Tinel (T.Carpo)	
Supraespinoso	✓		Gemelos	✓		Test Lassegue	Normal
Infraespinoso	✓		Marcha puntillas	✓		Finkelstein (Qv.)	
Deltoides	✓		Marcha talones (L5S1)	✓		Test epicondilitis	Normal

DIAGNOSTICO. Lesiones laborales óseas o musculares .?	
Limitaciones:	No
Malformaciones	No
Secuelas:	No

RECOMENDACIONES.

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. Nº 15006/2015 S.D.S.

Dr: Gustavo Contreras Salamanca
Médico Especialista Salud Ocupacional
L.S.O: 15006 de 2.015 Secretaria Distrital de Salud

C.C: 1023938810

Bogotá Trabajador Examinado
Bogotá, Carrera 21 Nº 25 – 16 Sur. Tel 2391845

Dra. Angela Patricia Prieto Velandia

Optómetra U.L.S. - T.P. 1942 CTNPO
Especialista en Salud Ocupacional
Resolución 562 20/01/2010

VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Nombres y apellidos: Ronald Steven Zamora	Identificación: 1023938810	Fecha: 21/03/19
Sexo: F ☐ M ☒ Edad: 24	Empresa: IDRD.	EPS: S. Total. ARS: Positiva

Consentimiento Informado Valoración Visual Ocupacional

Yo Ronald Zamora identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad, respecto a la valoración visual que se me va a realizar; que actúo consecuente, 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 acarrea. Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que ah entregado son totalmente veraces; Y que posteriormente se me hablara 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 diagnosticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud visual.

Antecedentes Ocupacionales

Ocupación: Promotor deportivo	Tiempo en este oficio: 4 años	Exigencia visual del oficio: Cercano (20/) Lejano (20/) Otras

Considera que las condiciones en que trabaja son adecuadas para sus ojos Si____ No____
Por Que?

Utiliza alguna protección? Si__ No ☒ ¿Cual? N/A

Oficios Anteriores 1	Tiempo	2	Tiempo

Examen de Agudeza Visual

Le han practicado alguna visiometria anteriormente: SI ☒ NO__ Fecha de examen 1 año	Tiene lentes formulados: SI__ NO ☒ Hace cuanto?
Fecha ultimo cambio de lentes____ Usa lentes actualmente SI__ NO__	TIPO DE LENTES Anteojos☐ Bifocales☐ De contacto☐
Forma de uso: Permanentes☐ Ocasionales☐ Para ver de cerca☐ Para ver de lejos☐ Otros☐	Cirugia Ocular actual: Cual: — Fecha:
Sintomatología Ocular actual: SI__ NO ☒ Cual? Normal	

Evaluación de Prueba

Agudeza Visual	Sin Corrección	Con Corrección
Lejos OD	20/20	
OI	20/20	
AO	20/20	
Cerca OD	20/20	
OI	20/20	
AO	20/20	

Oftalmoscopia Directa ☒ ODI DX Normal

Conducta Necesita uso corrección óptica NO

Cromática Normal ☒ Anormal__ OBSERVACIONES

Test Estereopsis: Normal

INTERPRETACIÓN: Normal

OBSERVACIONES: —

Recomendaciones Laborales

1. Control Anual SI ☒ NO__	2. Remisión a la EPS SI ☒ NO__ Oftalmología__ Optometría__
2. Usar protección visual adecuada SI__ No__	2. Ingresar al programa de vigilancia epidemiologia SI__ NO ☒

Dra. Angela P. Prieto V.
Optómetra U.L.S.
Esp. Salud Ocupacional 2010.
Res. 562 de 2010

Firma de Optómetra

Firma de Paciente

El presente certificado no es valido sin firma y sello original del profesional.