

25 FEB 2020**MEMORANDO**

Radicado IDRD No. 20205100113353



Bogotá D.C. 18-02-2020

PARA: JULIO CESAR LOPEZ OSPINA
Subdirección de Contratación

DE: Supervisor de Contrato.

ASUNTO: Acta de Reiniciación CPS No 2047 de 2019. Expediente Virtual No. 2019800201102002E.

De manera atenta envío acta de Reiniciación del CPS 2047 de 2019, a nombre del contratista VARELA MARTINEZ YONATAN ANDRES. 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: (6) Folios.
Copia: N/A

Elaboró: Yanet Tatiana Tibabiscá Castañeda - Contratista TEC
Proyectó: Yanet Tatiana Tibabiscá Castañeda - Contratista TEC
Revisó: N/A
Aprobó: N/A





ACTA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. IDRD-CTO-2047-2019

NOMBRE DEL CONTRATISTA VARELA MARTINEZ YONATAN ANDRES

IDENTIFICACIÓN C.C. 1.014.188.642

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>6</u> Día	<u>3</u> Mes	<u>2019</u> Año
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	<u>12</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>29</u> Día	<u>2</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. 1.014.188.642

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 YONATAN ANDRES VARELA MARTINEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1.014.188.642, 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 29/02/2020 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): 202001000358873.

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 de aptitud		
	Informe seguridad y salud en el trabajo		
	EMPRESA		
PARTICULAR			

CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA		
FECHA	23/01/2018	TIPO DE EXAMEN	PRE-INGRESO
NO. DOCUMENTO	CC. 1.014.188.642	EDAD	30
NOMBRES Y APELLIDOS:	VARELA MARTINEZ YONATAN ANDRES		
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	CARGO U OFICIO	DOCENTE

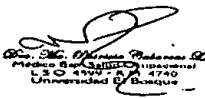
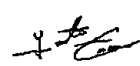
EXAMENES REALIZADOS	
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL	
CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Aplo para trabajar sin restricciones	N/A

RECOMENDACIONES

MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL - PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL - ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR (150 MINUTOS SEMANALES) - ALIMENTACIÓN BALANCEADA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo VARELA MARTINEZ YONATAN ANDRES identificado con CC No. 1.014.188.642. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del examen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines

Profesional	Aspirante o trabajador
	
DRA MARIA PATRICIA CABARCAS LSO 4599	CC. 1.014.188.642
SEDE: SANTA MARIA DEL LAGO CRA 72 Bis NO. 73-93 PBX: 703 25 25 - BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA www.medilaboral.com citas@medilaboral.com	



VISIOMETRIA



Handwritten signature or initials.

Fecha:	11/03/2019 13:37	Tipo de examen:	Otro
Nombre:	YONATAN ANDRES VARELA MARTINEZ	Identificación:	1014188642
Género:	Masculino	Edad:	31
Cargo:	DOCENTE	Estado civil:	U. Libre
Empresa:	PARTICULAR		

ANTECEDENTES OCUPACIONALES			
OCUPACIÓN:	DOCENTE	TIEMPO EN EL OFICIO:	8 Años 0 Meses
¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?	NO	¿CUAL?	- SELECCIONE -

EXAMEN AGUDEZA VISUAL ANTERIOR			
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRIA ANTERIORMENTE?	SI	FECHA ÚLTIMO EXAMEN:	10/02/2016
¿TIENE LENTES FORMULADOS?	NO	¿HACE CUÁNTO?	Años Meses
FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES:	DD/MM/YYYY	¿USA LENTES ACTUALMENTE?	NO
TIPO DE CORRECCIÓN:	NINGUNO	¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?	NO
FORMA DE USO:	☐ Permanentes ☐ Ocasionales ☐ Para ver de cerca ☐ Para ver de lejos ☐ Otros		
CIRUGÍA OCULAR:	NO	FECHA:	DD/MM/YYYY

SIGNOS Y SINTOMAS		
SINTOMA	SI	OBSERVACIONES
Ardor	☐	
Asintomático	☒	ANTECEDENTES NO REPORTA
Cansancio	☐	
Cefaleas	☐	
Dolor ocular	☐	
Fotofobia	☐	
Lagrimas	☐	
Prurito	☐	
Salto de renglones	☐	
Secreciones	☐	
Visión borrosa cerca	☐	

Visión borrosa lejos
Visión doble

No refiere síntomas

Lentometría	Tipo de lente	AGUDEZA VISUAL		
		OD y OI	NO REPORTA	ADD
				NA

Visión lejana		Visión cercana	
OD	OI	OD	OI
Sin corrección	Con corrección	Sin corrección	Con corrección
20 / 20	20 / 0	20 / 20	20 / 0

Examen externo		ANEXOS PRESENTES		ANEXOS PRESENTES	
OD	OI	Lejos	Cerca	P.R.C.	6 CM
Cover Test					
Reflejo pupilar					

Oftalmoscopia		OTROS	
OD	OI	Número	Texto

Visión cromática		OTROS	
Número	Texto	Estereopsis	Reflejo pupilar

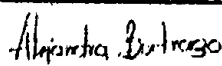
Interpretación		OTROS	

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
DIAGNÓSTICO

2010 EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

Agente
CONCEPTO OCUPACIONAL
APLAZADO APTO CON RESTRICCIONES / APTO SIN RESTRICCIONES NO APTO
RECOMENDACIONES
RECOMENDACIÓN
OTRAS RECOMENDACIONES
CONTROL 1 AÑO

PAUSAS ACTIVAS- DESCANSAR CADA 40 MINUTOS UN PUNTO LEJANO
DURANTE 5 MINUTOS
USAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE

USAR GAFAS DESEGURIDAD CON CORRECCION OPTICA		
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR		
Otra recomendación		
Remitido a:	- SELECCIONE -	Causa remisión
Profesional DRA ALEJANDRA BUITRAGO LSO 10810 <div style="text-align: right;">  <small> Dra. Alejandra Buitrago LSO especialista en Oftalmología en Salud y Seguridad en el ámbito de la salud del adulto mayor de Bogotá </small> </div>		
Imprimir		