BOGOTÁ | IDRD

25 FEB 2020

MEMORANDO

Radicado IDRD No. 20205100113273

Bogotá D.C. 18-02-2020

PARA: JULIO CESAR LOPEZ OSPINA
Subdirección de Contratación

DE: Supervisor de Contrato.

ASUNTO: Acta de Reiniciación CPS No 2217 de 2019. Expediente Virtual No. 2019800201102051E.

De manera atenta envío acta de Reiniciación del CPS 2217 de 2019, a nombre del contratista PULIDO CASTILLO JOHN JAIRO. 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: (3) Folios.
Copia: N/A

Elaboró: Yanet Tatiana Tibabisco Castañeda - Contratista TEC
Proyectó: Yanet Tatiana Tibabisco Castañeda - 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

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2020.02.26 14:51:07 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-2217-2019**

NOMBRE DEL CONTRATISTA **PULIDO CASTILLO JOHN JAIRO**

IDENTIFICACIÓN **C.C. 80.804.647**

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	13	3	2019
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	19	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	6	3	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

Nombre del Supervisor: WILSON ALEJANDRO GONZÁLEZ CÁRDENAS

FIRMA

Documento del contratista: C.C. 80.804.647

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 JOHN JAIRO PULIDO CASTILLO, con Cédula Ciudadanía No. 80804647 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 30/01/2020, para el contrato registrado con fecha desde 01/02/2020 y fecha hasta 31/03/2020, 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): 202001000289833.

Dada en Bogotá, a los 29 días del mes de enero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Dra. Alegna Clara Murillo Isaza
RM 25362000 LSO 25-2963-2013
CLL 18 # 103B - 13 Segundo piso
(571) 2671006 - 313 3045451

Formato:

CONCEPTO OCUPACIONAL (OSTEOMUSCULAR)

TIPO EXAMEN: INGRESO

FECHA DE REALIZACION: Día 18 Mes 3 Año 2019

EMPRESA: IDRD

SEDE/SUCURSAL:

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR

APELLIDOS: Pulido Castillo NOMBRE: John Jairo

DOCUMENTO: C.C. No. 80.804.647 de Bogotá EDAD: 33 años

CARGO A DESEMPEÑAR: FormadorTecnico Deportivo AREA:

EXAMENES PARACLINICOS PRACTICADOS

(N: Normal A: Anormal)

	N	A
Optometría/ visiometría	X	
Audiometría		
Espirometría		

Exámenes de Laboratorio	N	A	Descripción

Exámenes de Laboratorio	N	A	Descripción

RESULTADO DE VALORACIÓN MÉDICA - EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA EL CARGO: X SIN PATOLOGÍA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR ☐

APTO CON RESTRICCIÓN ☐ Motivo:

APLAZADO ☐ Motivo:

NO APTO PARA ESTE CARGO ☐ Motivo:

EXAMEN PERIÓDICO

PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SI ☐ No ☐ SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL: Temporal ☐ Permanente ☐

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MÉDICAS

REMISIÓN A EPS	☐
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	☐
REMISIÓN A ARP	☐
SEGUIMIENTO CASO POR ARP	☐
CITOLOGÍA CERVICO-VAGINAL	☐
TAMIZAJE PROSTATICO	☐
ESQUEMA DE VACUNACION (ADULTO)	X
CONTROL AUDIOLOGICO-PERIODICO	X
CONTROL ANUAL OPTOMETRICO	X
CONTROL ODONTOLOGICO PERIODICO	X

OCUPACIONALES

USO DE EPP	☐
HIGUIENE POSTURAL	X
PAUSAS ACTIVAS C/45 min	X
DISTRIBUCION DE FUERZAS Y CARGAS	☐

INGRESO A SVE

SVE (carga física)	☐
SVE (Ruido)	☐
SVE (Biológico)	☐
SVE (Radiación Ionizantes)	☐
SVE (Psicolaboral)	☐
SVE (Cardiovascular - Metabólico)	☐

HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

INICIO DE ACTIVIDAD FÍSICA	☐
DEJAR DE FUMAR	☐
REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL	☐
CONTROL NUTRICIONAL Y DE PESO	☐

OTROS

INGRESO A SVA SEGUN PERFIL	X
DEL CARGO	X
	☐

RECOMENDACIONES ADICIONALES

Cumple con las condiciones para el cargo

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O DEL TRABAJADOR: Autorizo al doctor(a) a realizarme le examen médico y/o paraclínico ocupacionalos registrados en este documento. Se me ha explicado la naturaleza y propósito de este examen médico y sus paraclínico. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del exámen médico y/o paraclínico a través de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntario y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que se realizaran estos exámenes. Fui informado acerca de la confidencialidad de los datos y resultados aquí registrados y la protección que se le dará a este documento. Las respuestas dadas por mi están completas y son verídicas. Autorizo a la empresa para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información registrada en este documento , para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Dra. Alegna Clara Murillo Isaza
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
Alegna Clara Murillo Isaza
Firma del Médico Salud Ocupacional

Acepto los resultados y conceptos del presente examen

Pulido Castillo John Jairo

Reg. Médico N.	25362000	Licencia S.O.	25-2963/2013	Cédula N.	80.804.647

L.S.O. 25-2963 Sept 2013