BOGOTÁ | IDRD

MEMORANDO 25 FEB 2020

Radicado IDRD No. 20205100091733

Bogotá D.C. 10-02-2020

PARA: JULIO CESAR LOPEZ OSPINA
Subdirección de Contratación.

DE: Supervisor de Contrato.

ASUNTO: Acta de Reiniciación CPS No 2581 de 2019. Expediente Virtual No. 2019800201102096E

De manera atenta envío acta de Reiniciación del CPS 2581 de 2019, a nombre del contratista TORRADO GONZALEZ JERSON HARVEY. 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: (3) 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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2020.02.26 11:30:30 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-2581-2019**
NOMBRE DEL CONTRATISTA	**TORRADO GONZALEZ JERSON HARVEY**
DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA	**C.C. 1.013.587.946**
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	**20** Dia	**3** Mes	**2019** Año
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	**19** 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	**6** 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

JERSON H. TORRADO

FIRMA

Nombre del Supervisor: WILSON ALEJANDRO GONZÁLEZ CÁRDENAS

Documento del contratista: 1.013.587.946

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 JERSON HARVEY TORRADO GONZALEZ, con Cédula Ciudadanía No. 1013587946 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 03/02/2020 y fecha hasta 06/03/2020, 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): 202001000355774.

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

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

Fundación Médica Mira tu Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

CERTIFICADO CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 25/04/2019 1.40 PM

SO FR 01 VERSION 01

F.26/05/2011



DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD		
Dirección	CALLE 24 A SUR No 68 H 66	**Nit**	830104032-4
e-mail	coordinacionso@miratusalud.com.co	**Teléfonos**	4173131

TIPO DE EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA DE EXAMEN: 2019-04-25 13:40:02

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JERSON HARVEY TORRADO GONZALEZ			**Identificación**	CC 1013587946	**Sexo**	M
Fecha de Nacimiento	23/03/1987	**Edad**	32 Años	**Teléfonos**	3182994899		
Dirección	CL 31 D 21 57	**Municipio**	Bogotá, D.C.	**EPS**	Salud Total		
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS		**Fondo de Pensiones**	PORVENIR S.A.			

DATOS EMPRESA

Empresa Contratante	Atencion a Particulares	**Empresa Usuaria**	NO APLICA
Cargo	DOCENTE	**Fecha Ingreso**	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

VISIOMETRIA SALUD OCUPACIONAL	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL	APTO PARA EL CARGO	USO DE CORRECION VISUAL EN ESFUERZOS VISUALES----------
CONCEPTO ESPECIFICO 1	NO APLICA	
CONCEPTO ESPECIFICO 2	NO APLICA	
RESTRICCIÓN	NO APLICA	
REUBICACIÓN	NO APLICA	
REMISION EPS	NO	

RECOMENDACIONES	
INDUCCIÓN ESPECÍFICA AL CARGO O REINDUCCIÓN	
ACONDICIONAMIENTO FÍSICO O PAUSAS ACTIVAS	
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	
HIGIENE POSTURAL Y/O MANEJO DE CARGAS	
VALORACIÓN OCUPACIONAL O PARACLÍNICOS PERIÓDICOS	
CHEQUEOS POR EPS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	
OTRAS	USO DE MEDIA ANTI VARICES PREVENTIVA.

Certifico que la información por mi aportada es veraz y que fui informado acerca de la confidencialidad de la misma, así como de los resultados de los exámenes paraclínicos practicados de acuerdo con los términos de la Resolución 2346 de 2007 y en especial la Resolución 1918 de 2009 del Ministerio de la Protección Social. En ese sentido Autorizo a la Fundación Medica Mira Tu Salud a realizar los exámenes clínicos y paraclínicos pertinentes, a mantener dentro de su archivo de historias clínicas de Salud Ocupacional y con fines estrictamente médicos, el original y/o copia de mi historia clínica ocupacional y además a suministrarla a las entidades administrativas o judiciales autorizadas por la ley, en especial a las del sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP y juntas de calificación de invalidez) que las requieran, como parte del proceso de calificación de origen de enfermedad y/o accidente, así como para calificación de la perdida de la capacidad laboral, también a proporcionar la información de los resultados de mis exámenes paraclínicos con el fin de que la empresa contratista implemente y ejecute los SVE respectivos.

Dr. Octavio Reyes Quin
Médico - Cirujano
R.M. 320561/2007
Tec. Control Salud Ocupacional
LIC. S O 736-1807/2018

OCTAVIO REYES
C.C 320561 RM: LIC SO 736 del 2018
Firma y sello del Médico Evaluador

JERSON H. TORRADO

JERSON HARVEY TORRADO GONZALEZ
C.C 1013587946
Firma del trabajador Evaluado



Pagina Web: www.miratusalud.com.co