BOGOTÁ | IDRD

MEMORANDO 13 MAR 2020

Radicado IDRD No. 20205100104253

Bogotá D.C. 13-02-2020

PARA: JULIO CESAR LOPEZ OSPINA
Subdirección de Contratación

DE: Supervisor de Contrato.

ASUNTO: Acta de Reiniciación CPS No 1881 de 2019. Expediente Virtual No. 2019800201102494E.

De manera atenta envío acta de Reiniciación del CPS 1881 de 2019, a nombre del contratista ORTIZ SALCEDO JOSE MAURICIO. 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 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: 2020.03.13 16:02:05 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-1881-2019**

NOMBRE DEL CONTRATISTA **ORTIZ SALCEDO JOSE MAURICIO**

IDENTIFICACIÓN **C.C. 1.022.960.412**

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	**7** Dia	**3** Mes	**2019** Año
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	**13** 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	**29** 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. 1.022.960.412

FIRMA

Nombre del Ordenador del: MARIO GIOVANNI MONROY HERNANDEZ

377

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 JOSE MAURICIO ORTIZ SALCEDO, con Cédula Ciudadanía No. 1022960412 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 04/02/2020, para el contrato registrado con fecha desde 07/03/2019 y fecha hasta 28/02/2020, 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): 202001000353279.

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

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 Nº 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 – Código prestador 110010821201
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: Enero 29/2019	Cargo: Docente de Deportes.			
Tipo de examen	Ingreso SI	Periódico —	Retiro —	Trabajo en alturas —

Trabajador

Apellidos: Ortiz Saldeo	Nombres: José Mauricio		
ID: 1022.960.412	Tel:	Sexo: M	Edad: 28
Profesión: Ciencias del Deporte		Diestro: SI	Zurdo: —

A quien se le realizan los siguientes exámenes:

Médico Ocupacional: S.O.	Visiometría: —	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: —

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

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

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. 1.022.960.412.

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

v 1-2.019

OPTICA VISUAL CARE

NIT 1023878700- 0

CARRERA 21 No. 25-24 sur, Bogotá D.C. Br. Olaya

Teléfono: 4457557 celular: 3138891028- 3142629515-3115633431

VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

Nombre y Apellidos: Mauricio Ortiz Salcedo | Identificación: 1022 960 412.

Sexo: F ___ M X | Edad: ___ Años: 28. | Empresa: JDRD | Fecha: 15 03 19

Eps: Sura. | ARP: Positiva.

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACION VISUAL OCUPACIONAL

Yo, Mauricio Ortiz Salcedo identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, 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 fé, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he 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 no decido realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumplo los tratamientos ordenados pueden presentarsen reacciones adversas para mi salud. (Aplica Resolución 1995 H.C. ÓPTICA VISUAL CARE)

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

OCUPACION	TIEMPO EN ESTE OFICIO	EXIGENCIA VISUAL DEL OFICIO
Docente.	11 años	V. Lejana (20/20) V. Próxima (20/20)

CONSIDERA QUE LAS CONDICIONES EN QUE TRABAJA SON ADECUADAS PARA SUS OJOS POR QUE ? SI X NO ___

UTILIZA ALGUNA PROTECCION? SI ___ NO X

¿Cuál?

OFICIOS ANTERIORES 1. TIEMPO 2.

EXAMEN DE AGUDEZA VUSUAL

FECHA DE ULTIMO EXAMEN DE VISIOMETRIA	TIENE LENTES FORMULADOS	ULTIMO CAMBIO	UTILIZA LA CORRECCION ACTUALMENTE
6 años	SI ___ NO X	NO	SI ___ NO X

TIPO DE LENTES PROGRESIVOS ___ BIFOCALES ___ MONOFOCALES ___ L. DE CONTACTO ___ 2PARES DE Rx ___

FORMA DE USO PERMANENTE ___ OCASIONALES ___ V. LEJANA ___ V. PROXIMA ___ SINTOMAS SI ___ NO ___ CUAL?

EXAMEN EXTERNO OD normal OI normal | EXAMEN MOTOR NORMAL X ANORMAL ___ | OFTALMOSCOPIA ODI NORMAL X ANORMAL ___

AGUDEZA VISUAL OD 20/40 OI 20/40 | V. PROXIMA OD 050 OI 050 | PH OD ___ OI | CON CORRECION OD ___ OI

V CROMATICA NORMAL X ANORMAL ___ | TEST DE ESTEROPSIS 25 SEGUNDOS DE ARCO

IDX Miopia | USO DE Rx SI X NO ___ | INTERPRETACIÓN Paciente con dificultad en visión

OBSERVACIONES uso de Rx permanente

RECOMENDACIONES LABORALES

CONTROL ANUAL SI X NO ___ | USO DE PROTECCION VISUAL SI X NO ___ | REMISIÓNN ALA EPS SI X NO ___

Dra. Carolina Chaparro M. T.P. 52524224 OPTOMETRA

OPTOMETRA

1.022.960.412

FIRMA DE L PACIENTE

4.

ANEXO OSTEOMUSCULAR	Día 18	Mes Marzo	Año 2019	Ciudad Bogotá.
	TIPO DE EXAMEN	Ingreso Si	Periódico —	Retiro —

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

NOMBRE DEL TRABAJADOR

Apellidos Ortiz Saleedo	Nombres Jose Mauricio	
ID: 1022.960.412	Sexo Masc.	Edad: 28 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 día	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. N.
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: 1.022.960.412.

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

SONIA ASTRID LEGUIZAMON RENDON
FONOAUDIOLOGA
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL

UMB

AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL

INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ ALTURAS ☐

FECHA: 15 marzo 2019

NOMBRE: José Mauricio Ortiz Salcedo

D. IDENTIDAD: 1022960412 EDAD: 28 SEXO: M CIUDAD: Bogotá PAIS ORIGEN: Colombia

EMPRESA: IDRD CARGO: Docente

HA TRABAJADO EN AMBIENTES RUIDOSOS SI ☐ NO ☑ TIEMPO DE EXPOSICIÓN RUIDO /

UTILIZA PROTECTORES AUDITIVOS SI ☐ NO ☑ COPA ☐ DESECHABLES ☐ ANATOMICOS ☐

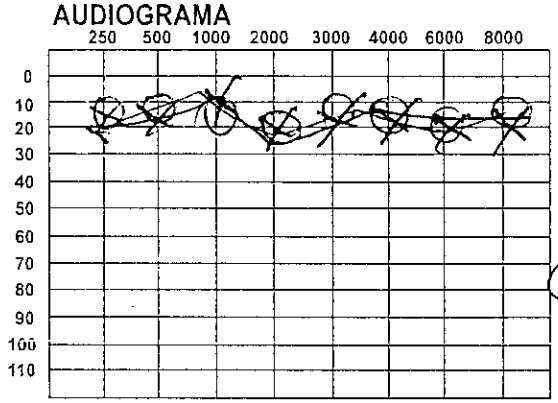
ANTECEDENTES AUDITIVOS	SI	NO
OTALGIA		
OTITIS		
OTORREA		
TRAUMAS		
CIRUGIAS	SI	
ACUFENOS		
TRANSTORNO DE EQUILIBRIO		
HIPERTENCION ARTERIAL		
SINUSITIS		
DIABETES		
OTROS	SI	

HABITOS	SI	NO
UTILIZA MOTOCICLETA		
PRACTICA POLIGONO		
PRACTICA TEJO		
USA MP3		
MUSICA ALTO VOLUMEN	SI	
DISCOTECAS O BARES		
INSTRUMENTOS MUSICALES		
OTROS	SI	
SERVICIO MILITAR O COMBATE		

OTOSCOPIA			
NORMAL			OBSERVACIONES
OIDO	SI	NO	
OD			Normal Bilateral
OI			

REQUIERE ESTACCION DE CERUMEN SI ☐ NO ☑

AUDIOGRAMA



IMPRESION DIAGNOSTICA

Audición Normal Bilateral

OBSERVACIONES: Fractura clavícula AP
Aceite ganglionar AP
Audiometría ± Licencia Gaños Normal

RECOMENDACIONES DE AUDIOLOGIA EN MEDICINA LABORAL

1.	CONTROL AUDIOLÓGICO	ANUAL	SI	NO
		SEMESTRAL	SI	NO
		TRIMESTRAL	SI	NO
2.	Remisión a la EPS ☐ IPS ☐ Para valoración por NO			

1. Uso doble proteccion auditiva	SI	NO
2. No utilizar audifonos (mp3)	SI	NO
3. Reposo auditivo despues de la jornada laboral	SI	NO
4. Ingresar al programa de vigilancia epidemiologica	SI	NO
5. Participación activa en el COPASO de la empresa	SI	NO
6. Remitido a medicina laboral	SI	NO

FIRMA DEL PACIENTE

sonialegfono@gmail.com
Cel: 3023238991

Sonia A. Leguizamon R.
Fonoaudiologa
UMB
Lic. 11742

FIRMA DEL PROFESIONAL