

25 FEB 2020

MEMORANDO

Radicado IDRD No. 20205100090863



Bogotá D.C. 10-02-2020

PARA: JULIO CESAR LOPEZ OSPINA
Subdirección de Contratación.

DE: Supervisor de Contrato.

ASUNTO: Acta de Reiniciación CPS No 1741 de 2019. Expediente Virtual No.
2019800201102174E

De manera atenta envío acta de Reiniciación del CPS 1741 de 2019, a nombre del contratista ORTIZ VIGOYA ANGY XIOMARA. 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 6-P
Proyectó: German Prieto Loaiza- 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-1741-2019

NOMBRE DEL CONTRATISTA ORTIZ VIGOYA ANGY XIOMARA

IDENTIFICACIÓN C.C. 1.022.405.001

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>5</u> Día	<u>3</u> Mes	<u>2019</u> Año
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	<u>11</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>28</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. 1.022.405.001

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 ANGY XIOMARA ORTIZ VIGOYA, con Cédula Ciudadanía No. 1022405001 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 29/01/2020, para el contrato registrado con fecha desde 05/03/2019 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): 202001000327508.

Dada en Bogotá, a los 31 días del mes de enero de 2020

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



NIT: 4612476-3
Avenida 1ro de mayo
(TV 74 F) # 40 B 69 sur piso 2
TEL : 2652890- 3137314040
E-MAIL dreduardo@gmail.com
Bogota D.C.

Fecha 01 12 2018

CONCEPTO MÉDICO DE APTITUD OCUPACIONAL (Certificado)

Nº 01094

Empresa:

Tipo de examen:

Énfasis:

Este documento es válido sólo si está respaldado por la historia clínica o valoración médica de la misma fecha. Copia de este documento y resultados de exámenes parac[ínicos están en nuestros archivos si es el caso. Usted puede verificar su autenticidad comunicándose con nosotros al 3137314040 y 2652890.

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres:

Cargo:

Doc:

No:

Edad (años)

CONCEPTO

☒ Ingreso

☐ Periódico

☒ Egreso

☒ Apto sin restricciones para el cargo

☐ Apto con restricciones compatibles para el cargo

☐ Las patologías diagnosticadas son incompatibles con el cargo

☐ Aplazado

☐ Satisfactorio

☐ No satisfactorio

☐ Presenta patología modificable con el estilo de vida

☐ Hay restricciones a su labor

☐ Examen de egreso satisfactorio

☐ Examen de egreso no satisfactorio

☐ Otro...

Motivo del aplazamiento:

☒ Ninguno

Restricciones:

☒ Ninguna

Descripción adicional del concepto:

☒ Ninguno

EXÁMENES PARACLÍNICOS REALIZADOS:

☒ Audiología

☒ Visiometría

☒ Optometría

☐ Espirometría

☐ Prueba psicométrica

☐ Electrocardiograma

☐ Laboratorio, Clínico

☐ Rayos X

☐ Prueba de esfuerzo

Otros exámenes:

Descripción de resultados:

Visiometría 20/20 OD, OI

RECOMENDACIONES:

Y SEGUIR LAS SIGUIENTES:

☒ Control periódico por EPS

☒ Remisión a EPS (ver a que servicio)

☒ Continuar manejo médico

☒ Seguimiento caso ARL

☐ Control periódico ocupacional

☐ Higiene postural

☐ Utilización de Elementos de seguridad profesional

☐ Pausas activas periódicas

☐ Dieta

☐ Ejercicio regular 3 veces a la semana

☐ Dejar hábito de fumar

☐ Suspender bebidas alcohólicas

Incluir Programa de vigilancia Epidemiológica.

☐ Visual

☐ Auditivo

☐ Cardiovascular

☐ Osteomuscular

Servicio remitido a EPS:

☒ Ninguno

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR Autorizo al doctor abajo mencionado, a realizar en mí el examen médico y parac[ínicos ocupacionales, registrados en este documento conforme quedo registrado en la historia clínica Ocupacional. El doctor abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito, los beneficios, la interpretación, la limitación y riesgos del examen médico y parac[ínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las pruebas he sido informado de las medidas que UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM que tiene para proteger la confidencialidad de mis resultados y el concepto médico ocupacional. Manifiesto ante la firma bajo la gravedad de juramento que las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo a UNIDAD MEDICA OCUPACIONAL DEL SUR JM, para que suministre a las personas o entidades contempladas en las legislaciones vigentes, la información registrada en el momento, para el buen cumplimiento del del sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo

MÉDICO:



JAVIER EDUARDO MORENO RAMOS
MÉDICO Y CIRUJANO
ESPECIALISTA EN MEDICINA ALTERNATIVA
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC S.O. 1435/2017 RM 4612476-1244

ASPIRANTE O TRABAJADOR:

Firma y número de doc: 1022405001

HUELLA

