ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

INFORME No.	1		
FECHA DEL INFORME	**dd**	**mm**	**aa**
	30	06	2020

No. DEL CONTRATO Y FECHA
1191 de 28 de Mayo del 2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
20208007016003 76E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JAIME NAGUIB CORDOBA VALENCIA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	3020386	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar mi servicios de apoyo a la gestión como TÉCNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE INTERÉS de Atletismo.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOS (2) MESES Y DIECIOCHO (18) DÍAS.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$6.006.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	8 DE JUNIO DE 2020	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	25 DE AGOSTO DE 2020	Registre fecha de terminación establecida en el contrato suscrito
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	N/A	Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	N/A	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspen
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	8/06/ al 30/06/2020	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

2. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

Enunciar cada una de las obligaciones específicas establecidas en el contrato y describir las actividades realizadas en el período para el cumplimiento de la misma, así como enunciar las evidencias y su ubicación (actas, documentos, planillas, listados, etc.).

Obligaciones específicas	Avance, evidencias y ubicación
Obligación No. 1: 1.Apoyar la formación integral y deportiva de los usuarios pertenecientes a las Instituciones Educativas del Distrito atendidas por el proyecto de inversión.	**AVANCE**: A partir del instante que hice el contacto con mi gestora IED Alejandra Trejos estoy siguiendo sus indicaciones. **EVIDENCIA**: Hasta el momento no cuento con asignación de estudiantes de la IED Filarmónico Simón Bolívar. Por lo anterior, realicé el apoyo para el IED Filarmónico Simón Bolívar, desarrollando las llamadas telefónicas a los padres / acudientes de las niñas y niños. **UBICACIÓN:** formulario de recolección de información en el SIM
Obligación No. 2 Presentar al apoyo a la supervisión, mediante el SIM, la sesión de clase del centro de interés asignado, conforme con los planes pedagógicos.	**AVANCE**: realizaste las sesiones de clase en el formato establecido para el centro de interés de.Atletismo. **EVIDENCIA**: Por el momento no se me han asignado estudiantes de la IED Filarmónico Simón Bolívar. Sin embargo, durante el periodo de gestión desarrollé las sesiones de clase conforme al centro de interés de Atletismo y de acuerdo al plan pedagógico. **UBICACIÓN**: Dicha información se encuentra en el drive
Obligación No. 3: Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, que se compone de (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución presencial (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido).	**AVANCE**: para el periodo de gestión no se me han asignados grupos de la IED a la cual me encuentro asignado. **EVIDENCIA**: Estoy atento a la asignación de estudiantes de la IED Filarmónico Simón Bolívar para realizar la ejecución de las sesiones. Por el momento se desarrolló el primer acercamiento con los padres y/o acudientes con el fin de consolidar la base de datos. **UBICACIÓN**: En el momento de ejecutar las sesiones se evidenciará en la plataforma del SIM.
Obligación No. **4** Reclamar con el encargado del sistema de información el usuario y contraseña SIM dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la firma del acta de inicio.	**Avance:** Se cumplió con esta obligación establecida por el programa TEC, siguiendo el procedimiento de habilitación de Usuario y Contraseña en las fechas establecidas por el programa y por parte de la Gestora Alejandra Trejos para el IED Filarmónico SB, **Evidencias**: Se hizo entrega por medio electrónico del formato de solicitud de Usuario: JAIME.CORDOBA y

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

<table>
<tr><td></td><td>contraseña activado, el cual fue diligenciado y enviado al correo soportetiempoescolarc@gmail.com.
Ubicación: Sistema de información para seguimiento de actividades SIM.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 5. Elaborar las sesiones de clase en el Sistema de Información Misional basados en los programas pedagógicos por centro de interés según los parámetros establecidos por el proyecto.</td><td>AVANCE: Estoy en procedimientos previos como capacitación para dicha elaboración.
EVIDENCIA: Elaboré las sesiones de clase del centro de interés de Atletismo, según los parámetros establecidos y se encuentran en Drive del sistema de seguimiento.
UBICACIÓN: se encuentran en el correo compartido <drive-shares-noreply@google Aún no se encuentran en SIM debido a que no se me ha asignado grupos.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 6 Elaborar la planeación y publicación de la ejecución de cada una de las sesiones de clase implementadas al Sistema de Información Misional (SIM), de manera quincenal dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena.</td><td>AVANCE: A la fecha no he realizado la ejecución de las sesiones de clase Planeadas en el SIM.
EVIDENCIA: He realizado las planeaciones de sesiones en el formato de excel para el centro de interés Atletismo en el drive compartido.
UBICACIÓN: Los planes de sesiones de clase los estamos subiendo al drive compartido.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 7 Apoyar la recopilación de los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculo esqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes.</td><td>AVANCE: A la fecha no se han solicitado Antecedentes médicos a los estudiantes porque la ejecución de las sesiones de clase no ha iniciado.
EVIDENCIA: Cuando corresponda solicitaré los Antecedentes o condiciones médicos según los casos que corresponda.
UBICACIÓN: Cuando sean solicitados se enviran al correo correspondiente.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 8 Recopilar las copias de los carnés de EPS de todos los niños inscritos en el centro de interés.</td><td>AVANCE: Se solicitarán al momento de dar inicio de la ejecución de las clases con los grupos asignados.
EVIDENCIA: Cuando se soliciten se informará por el medio digital a los padre de familia para que sea enviada esta información en medio virtual.
UBICACIÓN: Se organizarán y archivaran según sea las indicaciones por parte de los gestores zonales pedagógicos.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 9 Apoyar las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que</td><td>AVANCE: Participé en las actividades programadas durante el periodo de gestión.
EVIDENCIA:
<table>
<tr><th>No</th><th>FECHA</th><th>VALIDADOR</th><th>TEMA</th></tr>
<tr><td>1</td><td>JUNIO 8</td><td>Gestor Operativo Gestor IED</td><td>Presentación a formadores zona 1 y Gestores.</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.				Yair Gonzales y Alejandra Trejos, Luz C. Ararat. Gestores zonales pedagógicos. Andrés Pérez: Gestor operativo Formadores proyecto TEC
	2	JUNIO 9	Gestora Luz Cecilia. Ararat	Capacitación para la aplicación de actividades virtuales *Base de datos. Socialización de procedimientos para el manejo general de actividades virtuales
	3	JUNIO 10	ARLEY RODRIGUEZ Reunión de ZONA.	Capacitación para la aplicación de actividades virtuales *Base de datos. Socialización de procedimientos para el manejo general de actividades virtuales
	4	JUNIO 18	Alejandra Trejos Yair Hernández: Gestores zonales pedagógicos Helberth Guillermo Valbuena: Gestor zonal. Andres Perez: Gestor zonal operativo	Cualificación trabajo operativo y pedagógico periodo de receso escolar.
	5	JUNIO 18	Gestor Operativo Gestor IED	Cualificación trabajo operativo y pedagógico periodo de receso escolar.

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>6</td><td>JUNIO 19</td><td>Reunión con Fredy</td><td>Cualificación uso del DRIVE para subir evidencias, vídeos, Alejandra Trejos – Yair Hernández: Gestores zonales pedagógicos planes de clase, seguimiento. Andrés Pérez: Gestor zonal.</td></tr>
</table>
Ubicación: Las reuniones programadas fueron grabadas por los organizadores. Las actas correspondientes son entregadas a los gestores pedagógicos.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 10 Llevar un registro de los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos del proyecto y remitirlos al profesional IED.</td><td>AVANCE: En el presente periodo de gestión no se me ha asignado grupos de la IED Filarmónico Simón Bolívar.
EVIDENCIA: En el momento que inicie mis sesiones de clases con las niñas y niños estaré atento a observar los posibles talentos para el semillero.
UBICACIÓN: En el momento que identifique niñas y niños realizaré la comunicación respectiva.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 11 Entregar para la firma del acta de inicio y mantener vigente durante la ejecución del contrato, la certificación del curso de primer respondiente o curso de primeros auxilios o curso de soporte vital básico o curso de salvamento acuático o cursos relacionados, expedido por institución con autorización oficial.</td><td>AVANCE: Se encuentra actualizado y con vigencia el curso de Primer Respondiente.
EVIDENCIA: con copia de certificado enviada al supervisor de contrato.
UBICACIÓN: se encuentran en los archivos del proyecto TEC – IDRD – SECOP II. No 7 anexo como archivo pdf.</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 12 Cumplir con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado.</td><td>Avance: Cumplí con los lineamientos establecidos por la dirección del proyecto TEC para su continuidad con QUEDATEC EN CASA
EVIDENCIA: cumpliendo con las solicitudes dadas por los gestores pedagógicos y operativos.
UBICACIÓN: Se pueden observar en las sesiones de clase que se encuentran en drive Compartido de seguimiento</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 13 Participar en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le</td><td>AVANCE: A la fecha no se me ha asignado ningún tipo de evento por parte del IDRD.</td></tr>
</table>

sean asignados para la representación de la entidad o para apoyar el desarrollo de actividades o para el acompañamiento de las delegaciones a diferentes eventos relacionadas con la misión de la entidad.	**EVIDENCIA**: Cuando se presente dicha actividad se realizará como sea solicitada. **UBICACIÓN**: Cuando se realice algún evento se tomarán las evidencias necesarias como cumplimiento de dicha obligación.
Obligación **No. 14** Promover las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las IED atendidas, conforme con los lineamientos establecidos por el proyecto y los documentos guía incluidos en el Sistema de Información Misional SIM.	**AVANCE**: estoy fomentando por medio de las planeaciones de clase del centro de interés y el proyecto TEC, y próximamente en los vídeos guías con aspectos que inviten a la construcción de integración en el IED Filarmónico SB, en el fortalecimiento de las competencias sociales. **EVIDENCIA:** Se encuentra en los planes del centro de interés de Atletismo en el drive en el cual se establecen los objetivos en el aspecto social, emocional y las diferentes competencias y desempeños a trabajar y proponer en los planes de case y próximamente en los vídeos. **UBICACIÓN:** El programa del centro de interés se encuentra en mi computador personal y en el drive compartido, los planes de clase a mi nombre enviados a tec2020zona1@gmail.com.
Declaración: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.	

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
CULTURA, RECREACIÓN Y DEPORTE
Instituto Distrital de Recreación y Deporte

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FISICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN Y RECREADORES QUE REPORTAN SUS ACTIVIDADES EN EL FORMATO BITACORA DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.

1. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	FAMISANAR	0
PAGO APORTES PENSIÓN	COLPENSIONES	0
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	POSITIVA	0
	TOTAL	0

2. ANEXOS (Planilla de pago Seguridad Social, Certificación Cumplimiento Requisitos Tributarios, etc.).

Jaime Naguib Córdoba

Firma Contratista

CONCEPTO DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA:

En el presente lapso el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones asignadas.

Vo. Bo. Alejandra Trejos A.
ALEJANDRA TREJOS ALONSO
C.C. 52.990.080
GESTORA IED-TEC

Vo.Bo Supervisor del contrato
Nombre: WILSON ALEJANDRO GONZÁLEZ CÁRDENAS
N° de Identificación: 79.747.015
Cargo: Asesor de dirección general código 105 grado 02

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Contrato No.	**1191 de 2020**											
2	Nombre del Contratista	**JAIME NAGUIB CORDOBA VALENCIA**											
3	Identificación	CC	**X**	CE				**3020386**					
4	Responsable de impuesto a las ventas							SI		NO	**X**	REGIMEN SIMPLE	
5	Residente en el país (Extranjeros)									SI		NO	
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)									SI		NO	**X**
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2019, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2019), equivalentes a $47.978.000									SI		NO	**X**
8	Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el **MES ANTERIOR** provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.												
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**0.00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**0.00**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**0.00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente					
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual												
	AFC $							Ahorro Voluntario Pensión $					
10	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año									SI		NO	**X**
11	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2019). Anexo									SI		NO	**X**
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.												
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo									SI	**X**	NO	
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo									SI		NO	**X**
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**X**
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2019) $8.910.200 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos									SI		NO	**X**
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2019) $8.910.200. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**X**
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.									SI		NO	**X**
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de:											%	

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES

15	**APORTE SOLIDARIO POR COVID 19.** De conformidad con el artículo 9 del Decreto Legislativo 568 de 2020, los contratistas podran efectuar un aporte mensual solidario voluntario por el COVID 19 informando al pagador del respectivo organismo en los meses de mayo, junio y julio de 2020. Desea efectuar el aporte voluntario por COVID 19?	**SI**		**NO**	**X**
	El valor equivalente al aporte solidario por el COVID 19 podrá ser tratado como ingreso no constitutivo de renta ni ganancia ocasional en el impuesto sobre la renta y complementarios				

Jaime Naguib Córdoba

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **6** AA **2020**

FIRMA

Cruz Roja Colombiana

CRUZ ROJA COLOMBIANA SECCIONAL CtiNDINAMARCA Y BO1,OTA

NlT 86tl 701 301-1

(CNTRO OK ATFN(M3N FXTRA 11IfL\L

CERTIFIOADO HEDICO OCUPACIONAL

N° Historic Clinics: 3020386

Datos personales del Paciente

Paciente: | CéduIa_Ciudadania 3020386	JAIME NAGUIB CORDOBA VALENCIA			F. Naom:	1 1/'02/ 1954
Edad: 65 Años 1 Neses \ 22 Dias	Estado Civil: Casado		| Direccion: CARRRERA 123 N t30C -95		
Teléfono: 3102620991	**Procedencia:** BOGOTA		t Ocupacion: | DOCENTE		
Entidad: PARTICULARES					
Plan Beneficios: SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR			**Empresa:** IDRD		
Tipo de examen : INGRESO	Esco}aridad : UNIVERSIDAD		| Titulo Profesional : DOCENTE EDUCACION FISICA		
FOLIO N" 3	Fecha del folio. 05/04/2019 09:13		Area Serv: SSS		
N° Ingreso: !2963735	Fecha: 05/04/2019 08:07	F. Consults:	No Apl ca	C Extema:	a

Concepto Medico

Ingreso o Preocupacional : APCO PARA EL CARGO CON PATOLOGIA APARENTE QUE NO LIMITS LAN FUNCIONES .US.ñ ?-S

Periodico:

Periodico Embarazada :

Post - Incapacidad •

Egreso :

Pruebas con funciones especiales

Szstema	Aptitud	Observaoones
Osteomuscular	£ORTALECIMIENTO MUSCULAR	CORTAt5CIM{ENTO MUSCU#C
Manipulation de Alimentos	NO APLICA	
Trabajo en ATturas	NO APMCA	
Manejo de Armas	NO APMCA	
Espacios Confinados	NO APLICA	
RadiaGonesIouizantes	NOAPLICA	
Manipulation de quimicos	NO APLICA	
Operacion Vehicular	NO APMCA	
Brigadista	NO APLICA	
Temperatura Extrema	NO APLICA	
Cardiovascular	NO APLICA	
DermatoTogico	NO APMCA	
Respiratorio	NO APLICA	
Neurotoqico	NO APLICA	

Recomendaciones

OcupgcionaTes : HIGIENE POSTURAL,
PUESTO DE TRABRO ERCONOMICO,
ESCUELAS TERAPELfT1CAS/ PAUSAS ACTIVAS,
NANEJO ADECUADO DE CARGAS,
USOEOMSNTOSDEPROTECCION PERSONAL,
CONTROLPER1ODICOS LUDOCUPADO@At,

Medicas: USO DE CORRP-CC1ON VISUAL
ESTILOS DE VfDWALUDABLE
ESQUSNA DE V@UNA/@N ADULTO
CO OL OPTOMETRICO PE ?0

Sistmna viqilancia epidemiologia: SEGUN EXPOSICIÓN

CRUZ ROJA SECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA D.C. SALUD OCUPACIONAL REPRESENTANTE

ECCIONAL CUNDINAMARCA Y BOGOTA! NIT 186007

alud OCU ”ona l
Res. 25-2 /14
RIVI 0279/ 03

FABIAN R NO
MEDICO SALU D OC AL
R.M. Z9623327

Habitos y estiTos de vida saludable : CON”ROL NUTRIOONAL ° DE PCSO

Resultado de pruebas paraclinicas

Examen	ResuTtado
Hemoctasificacion	^ 8*\
Cuadro hematico	NO APLf&
PerfiT lipidico	NO APLtCA
GTicemia	NO APLTCA
Partial de orina	NO APLtCA
Frotis f'aringeo	NO APLICA
Cultivo faringeo	NO APLICA
Coprologico	NO APLICA
Optometria	ALTERADO
Audiometria	NO APLICA
Esp\rometrza	NO APLfCA
Fisioterapia	NO APLtCA
psicoIo9ia	NO APLICA
Electrocardiograma	NO APLICA
Pruebas Hepatica	^ ^ ^+
Pruebas Resales	YO APLI
Radiografia ”	*!%
{yQs	NO APLfOA

Recomendaciones: SOLTCITAR, DE SER NECESARIO, VALORACTONES ADtCIONALES SEGUE PROFESIOGRANA Y PERFIL DE RIESGO DE LA EMPRESS
VALORACION RFALIZADA CON CRTTERfO PARA ACTTVIDADES Y CARGO DE PERFIL DE R1ESGO DOCENTE
CONTROL f•1ED1CO NUTRICIONAL
CONTfNUAR CONJ ROLES MEDICO ORTOPEDISTA

Fabian Rubiano B
Salud Ocupacional
Res 2345-2774/14

FABIAN RUBIANO
NEDICO SALUD OLUPACIONAL
RM. 7962332Z

uz Roja Colombiana

EXAMEN OPTOMETRICO

IJistoria Clinica: 3020386

Nos personales dal Paciente

iente:	Cédula Ciudadanía 3020386	3AIME NAGUTB CORDOBA VALENCIA		Sexo: Masculino	F. Nacim: 11/02/1995
d:	65 Años \ 11 Meses \ 22 Días	Estado Civil: Casado	Direción: CARRRERA 2128 N 13005 -95		
éfono:	3102620991	Procedencia: BOGOTA	Ocupación: DOCENTE		
idad:	PARTICULARES				
n Beneficios:	SALUD OCUPACIONAL PACIENTE PARTICULAR				
		Fecha del Folio: 05/04/2019 09:02		Area Serv: SSS	
Ingreso:	2963735	Fecha: 05/04/2019 08:07	F. Consulta: No Aplica	C. Externa:	Otra
tiguedad	NO APLICA	Cargo DOCENTE		seccion	ADMIN

tiguedad en el cargo)Sf) .\+'t,f'-.\ Wpo de examan |INGRESO Ulâmo Consol 2 THESES

i Correction Visual ST GAFAS Formula actoal : 0 D * 1.50 SPH 0 I +1.50 SPH

Antecedentes Personales

ectos Refractivos	SI	Obsevaciones	USO DE CORRECCION OPTICA DESDE HACE 7 AÑOS, PROGRESIVOS
ıgia Ocular	NO	Obsevaciones	
ologia Ocular	NO	Obsevaciones	
ertension Arterial	NO	Obsevaciones	
betes Mellitus	NO	Obsevaciones	
ucoma	NO	Obsevaciones	
alias	NO	TJb variones",	

Antecedentes Ocupacionales

osicion a guimicos	NO	Observaciones:
'osicion a Radicaion Ionizante	.NO	Obcervaciones:
'osicion a Material Particulado	.NO	Observaciones:
'osicion a Temperaturas Extremas	MNO	Observaciones NO
›aente Ocular	:NO	Observaciones

Sintomatologia ocular

W	**
on Lejana Borrosa	NO
on Proxima Borrosa	NO
or	NO
rimeo	NO
oje*cimiento	NO

b 2020

Impresion: 52361306

MORENO RODMGUEZ VIVZANA ANDREA

OPTO f4ETRA

R.M. 53052897

tode Renglon	NO
o€oba	NO
Dec+one	NO
	NO
,equedad	NO
onDo&e	NO
help	NO
	NO
ntomatico	SI

servaciones Generales

Valoracion Optometrica

UEDEZA VISUAL (SZN CORRECCZON)

os	**O.D**		**O.I**	Cerca **O.D**	**O.I**

UEDEZA VISUAL (CON CORRECTION}

as	é.D t20/20	**O.I**	20/22	Cerca D.D :20/20	0.1 .20/20

mne Extemo	ANEXOS OCU RES SANOS	
tilidad Ocular	ION	' "RTHO' PPC' 5 CM, REFLEJOS PUPI@RES PRESENTES
do de ojo	RR H E u sAN	
on de Profundidad		
cepcion Cromatica	15/15	NORMAL

QUERATOMETRIA

› 'TO SE EVALUA

.NO SEEVALUA

RETINOSCOPIA

.+1.50 SPH	**AV PH :**		**A.V:**	20/20
,+1.50 SPH	**AV PH :**		**A.V:**	20/20

SUBJETIVO

+1.50 SPH	**AV PH :**		**A.V:**	20/20
+1.50 SPH	**AV PH :**		**A.V:**	20/20

R.X FINAL

+1.50 SPH	**ADD**	+3.00	**A.V:**	20/20

MORENO RODRZGUEZ V\VLANA
ANDREA
OPTOI•1ETRA
R.M. S3052897

DIAGNOSTICO DE REFRACCION

*NIPERN OPIA .I: .HIPERMETROPIA :PRESBZCZA• 'SI

uiere SI PERNANENTE Remision NO . . Fansworth ☐ Oftalmologico ☐ Ortoptica
muka?

:IVO•
ervaciones:

RECOMENDACIONES

ieraTes : USO DE CORAECCION OPTICA PERNANENTE
NINGUNA
orales: PAUTAS DE HIGIENE VISUAL
os:
trol en: . I ANO ." "/3 N!ESES ." *t6 NESES

OLUCZON FTSZATRTA

e<edentes * (D antecedent Tua resetdœnTa DC, implica una si&aeion important:e).

ıa	Tipo Antecedente	* Detalle

$ no icos Registrad os en este folio ** (0 diagnéstieo due r §tado en el folio, impTica una situation importante).

digo * E10 *	Nombre del diagnóstico Según CIE 10	# ¿ pal Presun o dam vo	ClasMmzson RgP8	Clâsiflcaeién Pre/Post QX	Detalle é Observaciones méd
1 .	: PRESBICIA		Definitiyo Impresion_Diagnostica	No Corresponds	
0	t HTPERNETROPTA	☐ ☐ ☐	Presuntivo Impresion Diagnostica	No Corresponde	

icaciones Nédicas Ordenes Médicas las cuales seran vistas en el control de enfermeria para su respective reqistro].
a Indicacion: Contro)
Ord. Médicas:

cited de Prooedimientos No Ouirñrgicos

S	Cod Iss/sOAT + Descripoén Procadimiento No QX	* Urgen€e/Ruénario Detalles, Zndicaciones u Observaciones méd
	92 - OPTOMETRTA	1 Rutinario

icitud de Procedimientos Ouirfirgicos Ejecutados

'S	Cod ISS/SOAT + Descripción Procedimiento QX Ejecutado	Detalles, ¥ndicaciones u Obsemdenes médicas

,maGondeIfoGoflo.e

ma: 3/3
a impresión: lunes, 03 febrero 2020
ario impresión: 52361306

MORENO RODRIGUEZ VIVIANA
OPTOMETRA
R.N. 530£2897

POSITIVA
Compañía de Seguros S.A.
N.I.T 860.011.153-6

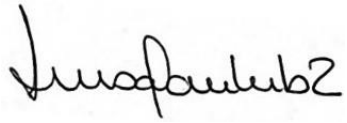
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JAIME NAGUIB CORDOBA VALENCIA, con Cédula Ciudadanía No. 3020386 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099, tiene un registro como Independiente desde el 01/06/2020 y fecha fin de contrato 13/08/2020 con riesgo 3 y a la fecha se encuentra AFILIADO.

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): 202001015223294.

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



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	3020386
NOMBRES	JAIME NAGUIB
APELLIDOS	CORDOBA VALENCIA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	23/03/2000	31/12/2999	COTIZANTE

Vo. Bo. Alejandra Tejada L
Alejandra Tejada Alonso
C.C 52.990.080
Gestora IED-TEC

Fecha de Impresión:	06/17/2020 21:15:53	**Estación de origen:**	200.118.62.45

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	JAIME NAGUIB CORDOBA VALENCIACertificadoTrabajador.pdf	JAIME NAGUIB CORDOBA VALENCIACertificadoTrabajador.pdf	Comprador	Descargar
☐	CRP 6230.pdf	CRP 6230.pdf	Comprador	Descargar
	POLIZA_97_10_100009458_0 Firmada.pdf (Archivado)	POLIZA_97_10_100009458_0 Firmada.pdf	Proveedor	Descargar
☐	POSITIVACertificadoTrabajador.pdf	POSITIVACertificadoTrabajador.pdf	Proveedor	Descargar
☐	1191 PRIMER RESPONDIENTE.pdf	1191 PRIMER RESPONDIENTE.pdf	Proveedor	Descargar
☐	EVIDENCIAS JUNIO 2020.pdf	EVIDENCIAS JUNIO 2020.pdf	Proveedor	Descargar

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >