



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

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR 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.

INFORME No.	1		
FECHA DEL INFORME	dd	mm	aa
	25	3	2019

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2302 del 13 de marzo de 2019
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL
2019800201102110E

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JULIO ANDRÉS TOVAR	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1026256781	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	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.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	OCHO (8) MESES Y OCHO (8) DIAS	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	Diecinueve millones noventa y seis mil pesos (\$19.096.000) mcte.	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	13 DE MARZO DE 2019	Registre la fecha de inicio del acta
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN	12 DE DICIEMBRE DE 2019	Registre fecha de terminación establecida en el contrato suscrito
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)	NO APLICA	Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	NO APLICA	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	13 DE MARZO DEL 2019 AL 25 DE MARZO DE 2019	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR 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.

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: Presentar al supervisor del contrato mediante el SIM, al consejo académico /directivo de la IED asignada, durante las 3 (tres) primeras semanas, la propuesta general del plan formador para cada uno de los grupos/ciclos de acuerdo con la guía pedagógica del proyecto, plan pedagógico del centro de interés asignado, las mallas curriculares, y desempeños anuales en el formato elaborado por el equipo pedagógico, y, mensualmente hacer las respectivas modificaciones según se requiera.	El plan formador para los grupos asignados está en proceso de desarrollo pues se debe contar con la caracterización de los niños y niñas, además de incluir los apoyos teóricos del proyecto y la IED. Se entregarán dentro del plazo establecido y consignarán en el SIM.
Obligación No. 2: Ejecutar las sesiones de clase establecidas por el proyecto TEC, para ello debe tener en cuenta que la sesión, la compone (1) hora de preparación (acreditada con la planeación de la sesión en el SIM), (2) horas de ejecución (se acredita con la asistencia en el SIM) y (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos), adicionalmente según los requerimientos del proyecto se podrá homologar la sesión de clase con actividades de orden operativo, pedagógico, social requeridas y establecidas en virtud de las otras de las obligaciones consagradas en el contrato hasta un máximo de 7, avaladas previamente por el Gestor IED de su zona.	<p>Para el corte del presente informe se desarrollaron sesiones de clase en la IED Colegio Rural José Celestino Mutis así:</p> <p>Jueves 21 de marzo Fútbol 1: 10 am a 12 m Fútbol 2: 12:30 pm a 2:30 pm</p> <p>Viernes 22 de marzo Fútbol 3: 10 am a 12 m Fútbol 4: 12:30 pm a 2:30 pm Cuando se habilite el SIM, se pondrán al día las planeaciones y asistencias de estas clases.</p> <p>Se asistió a las reuniones citadas por el profesional de gestión IED, los siguientes días:</p> <p>Fecha: Jueves 14 de marzo Lugar: Colegio Rural José Celestino Mutis Hora: 9:00 am a 2:00 pm Se tratan temas operativos relacionados con el inicio de las clases en la IED, carga horaria para los formadores, debido proceso ante las posibles situaciones en el desarrollo de la clase, cuenta y contraseña SIM.</p> <p>Fecha: Martes 19 de marzo Lugar: Biblioteca Virgilio Barco</p>



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

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FÍSICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.

	<p>Hora: 8:00 am a 1:00 pm Entrega de pagos al profesional de gestión IED y aclaración de dudas frente a la elaboración del informe mensual.</p> <p>Fecha: Sábado 23 de marzo Lugar: Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) Se asiste a la reunión citada por la gerencia del proyecto, como parte del cumplimiento de las obligaciones del contrato.</p>
Obligación No. 3: 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.	Se realizó la respectiva solicitud de usuario y contraseña del SIM, según indicaciones del profesional de gestión IED. Se está a la profesional de gestión IED espera de la respuesta.
Obligación No. 4: Realizar la inscripción, y registro de asistencia de los estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo (12h) después de ejecutadas las mismas en el Sistema de información del proyecto.	La asistencia de los estudiantes al centro de interés, se ha tomado de forma física en los listados de la IED. Cuando se tenga acceso al SIM, se actualizará dichas asistencias y se diligenciarán a diario o dentro de los tiempos establecidos.
Obligación No. 5: Planear y subir 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.	Las planeaciones serán subidas al SIM, cuando se tenga acceso al sistema. Igualmente se cumplirá con las exigencias de tiempo para mantener las sesiones de clase al día según los requerimientos de esta obligación.
Obligación No. 6: Solicitar a la IED los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes.	Se realizó la gestión de solicitud de los antecedentes médicos o niños con condiciones especiales a tener en cuenta. Se espera pronta respuesta por parte de la docente enlace. En los planes y actividades de clase, se tendrá en cuenta este factor.
Obligación No. 7: Solicitar y verificar que todos los niños inscritos en el centro de interés alleguen copia de su carné de EPS.	Se realizó solicitud verbal a los estudiantes, para que entreguen al formador el certificado de afiliación al sistema de salud.
Obligación No. 8: Reportar en caso de existir alguna novedad y/o problemática en el desarrollo la sesión ó de su objeto contractual, de forma inmediata o hasta en un tiempo no superior a las ocho (8) horas, desde acaecida la misma, haciendo esto ante su Gestor IED y/o supervisor mediante el Sistema de Información Misional.	Se tiene claros canales de comunicación con el profesional de gestión IED Andrés Prieto, quien conocerá cualquier eventualidad que ocurra dentro del desarrollo del centro de interés y afecte la buena ejecución de éste.
Obligación No. 9: Asistir a las actividades programadas a nivel técnico, operativo o	Se asiste a las citaciones programadas en el marco del desarrollo del proyecto. Para este corte

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORIA, GUARDIANES, PROFESORES DE ACTIVIDAD FÍSICA QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN.

administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.	<p>se participó de las siguientes actividades:</p> <p>Fecha: Jueves 14 de marzo Lugar: Colegio Rural José Celestino Mutis Hora: 9:00 am a 2:00 pm Se tratan temas operativos relacionados con el inicio de las clases en la IED, carga horaria para los formadores, debido proceso ante las posibles situaciones en el desarrollo de la clase, cuenta y contraseña SIM.</p> <p>Fecha: Martes 19 de marzo Lugar: Biblioteca Virgilio Barco Hora: 8:00 am a 1:00 pm Entrega de pagos al profesional de gestión IED y aclaración de dudas frente a la elaboración del informe mensual.</p> <p>Fecha: Sábado 23 de marzo Lugar: Instituto Distrital de Recreación y Deporte (IDRD) Se asiste a la reunión citada por la gerencia del proyecto, como parte del cumplimiento de las obligaciones del contrato.</p>
Obligación No. 10: Identificar técnica y deportivamente los estudiantes de los centros de interés que cumplen condiciones para entrenamiento en el proyecto de semilleros deportivos de TEC y remitirlos al Gestor IED.	Se está atento a la identificación de niñas y niños con cualidades físicas sobresalientes para la práctica del deporte. Tan pronto se detecte un estudiante con potencial evidente, se informará al profesional de gestión IED.
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, so pena de no poder ejecutar ninguna de las actividades del contrato.	Se cuenta con el curso de primer respondiente vigente y ya se le hizo entrega del certificado al profesional de gestión IED.
Obligación No. 12: Ser garante de los derechos de los niños, niñas y adolescentes consagrados la Ley 1098 de 2006 y sus normas reglamentarias y cumplir los manuales de Convivencia Escolar de cada Colegio.	Se propende por el cuidado integral de las niñas y los niños que hacen parte del centro de interés, así como de la demás comunidad educativa.
Obligación No. 13: Cumplir con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado, en concordancia a lo dispuesto en el formato de necesidades del formador que hace parte integral del presente contrato.	En el desarrollo del centro de interés trata de cumplirse a cabalidad con los lineamientos de cobertura, sociales, pedagógicos y operativos, cumpliendo así la obligación contractual.
Obligación No. 14: Dar cumplimiento estricto al	Se mantiene bajo absoluta reserva los temas o



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

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR 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.

acuerdo de confidencialidad de la entidad y al sistema de gestión de seguridad de la información SGSI.	acontecimientos sensibles, relacionados con el proyecto.
Obligación No. 15. Participar en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados por el Supervisor del Contrato, para la representación de la entidad o para apoyar el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad y con su objeto contractual o para el acompañamiento de las delegaciones conformadas para dichos eventos. Parágrafo: La participación en los eventos Nacionales o Internacionales deben ser autorizados por la Dirección General o por la Subdirección Técnica de Recreación y Deportes del IDRD.	Se está a la espera de recibir indicaciones por parte del profesional de gestión IED y del proyecto para cumplir con esta obligación.
Obligación No. 16. Solicitar de manera formal (correo electrónico u oficio) al Supervisor del contrato, indicando la fecha de inicio y de terminación, con mínimo ocho (8) días de antelación, la suspensión y ampliación de suspensión del contrato de acuerdo con las causales establecidas por la normatividad vigente y los lineamientos de la entidad. En caso de que la causal de suspensión no permita la antelación establecida, el contratista deberá solicitar dicha suspensión de forma inmediata mediante correo electrónico al Supervisor del contrato; así mismo deberá realizar oportunamente la transacción de suspensión, ampliación de suspensión y reinicio en la plataforma SECOP II y verificar su publicación.	En caso de ser necesario realizar esta diligencia, se cumplirá con los tiempos establecidos, cumpliendo así el debido proceso y reflejando esto en la plataforma Secop II.
Obligación No. 17. En caso de presentarse una terminación anticipada realizar oportunamente la transacción y verificar su publicación en la plataforma transaccional SECOP II.	Se informará oportunamente y se consignará en la plataforma Secop II.
Obligación No. 18: Registrar en el informe mensual de actividades, la gestión adelantada referente a los documentos asignados en el Sistema de Gestión Documental ORFEO.	Se está atento para cumplir con esta obligación.
Obligación No. 19: Elaborar y cargar mensualmente a la plataforma SECOP II, el informe de ejecución de la gestión adelantada debidamente firmado por el supervisor, que evidencie el cumplimiento de las obligaciones pactadas en el contrato, en las fechas establecidas en el mismo.	Tan pronto se cuente con el insumo necesario para dar cumplimiento a esta obligación, se llevará a cabo dentro de los tiempos establecidos y según indicaciones del supervisor del contrato.



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

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR 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.

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 periodo 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.

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR EPS	\$ ✓
PAGO APORTES PENSIÓN	PORVENIR	\$ ✓
PAGO RIESGOS PROFESIONALES	SURA	\$ ✓
	TOTAL	\$ ✓

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

Julio Tovar
Firma Contratista

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

El formador cumple con las obligaciones contractuales por este periodo de actividades que inicio el 13/03/2019.

Rafael Ortiz Salcedo
VoBo Supervisor del contrato
Nombre: ORTIZ SALCEDO RAFAEL EDUARDO
N° de Identificación: C.C. 80024154
Cargo: Asesor de Dirección General
Código 105 Grado 02

Andrés Puelo Acuña
80168583

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

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO
(Artículos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que esta información debo entregarla a la entidad contratante antes de cualquier pago que se tramite en dicho mes, en los términos establecidos en el Decreto 1070 de 2013.

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.					2302 de 2019
2	Nombre del Contratista					Julio Andrés Tovar
3	Identificación	CC	X	CE		1026256781
4	Régimen del impuesto a las ventas	Simplificado				X
5	Residente en el país (Extranjeros)	SI				NO
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realización 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
7	Declaración de ingresos					X
8	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2018, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2018), equivalentes a \$46.418.000	SI				NO
9	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.					
10	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$	Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$				
11	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$	Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retención en la fuente				
12	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual	AFC \$				Ahorro Voluntario Pensión \$
13	Intereses en créditos de vivienda de habitación. expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2018). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo	Certificado				SI
14	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 (2018). Anexo	SI				NO
15	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.					
16	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo	SI				NO
17	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
18	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
19	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2019) \$8.910.200 (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo	SI				NO
20	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2019) \$8.910.200. (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo	SI				NO
21	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.	SI				NO
22	(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 ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD 25 MM 3 AA 2019

Julio Tovar
FIRMA

La salud
es de todos

Minsalud

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	1026256781
NOMBRES	JULIO ANDRES
APELLIDOS	TOVAR
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	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	09/02/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 03/21/2019 10:32:02 Estación de origen: 186.154.136.230

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](#)



Medellín, 11 de abril de 2019

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

CERTIFICA:

Que JULIO ANDRES TOVAR identificado(a) con cédula de ciudadanía 1026256781 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 13/03/2019

Fecha fin cobertura: 06/12/2019

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE N860061099

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

1924101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y OTRAS ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO, INCLUYE CENTROS Y/O CLUBES SOCIALES Y DEPORTIVOS

CLASE DE RIESGO: 1 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 0,522%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL

CLASE: 2 **PORCENTAJE:** 1,044% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

2924102 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y OTRAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO, INCLUYE LOS SALONES DE BILLARES, JUEGOS DE BOLOS, SALONES DE PATINAJE, CENTROS DE ENSEÑANZA Y/O ENTRETENIMIENTO DEPORTIVO, LOS TRABAJOS EN ESPECTÁCULOS DEPORTIVOS ASÍ COMO LAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DEPORTIVAS PROFESIONALES NO INCLUIDAS EN OTRAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES ECONÓMICAS.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3924102 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DEPORTIVAS Y OTRAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO, INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES DEPORTIVAS PROFESIONALES DE FUTBOL, TENIS, BALONCESTO, ATLETISMO, BÉISBOL ETC.

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3924102

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10262567811910162797

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

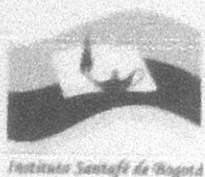
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A., así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

11/04/2019 5.26 PM

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO



EL INSTITUTO SANTAFÉ DE BOGOTÁ

Centro de entrenamiento en Emergencias, Urgencias y rescate
Educación Permanente y Continuada de acuerdo al
decreto 1075 de 2015 Ministerio de Educación Nacional



MALTÉS

CENTRO DE CAPACITACIÓN NACIONAL

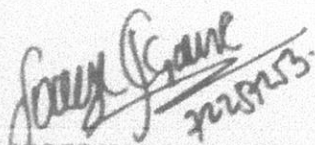
CERTIFICA QUE:

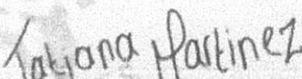
JULIO ANDRES TOVAR
CC. 1.026.256.781

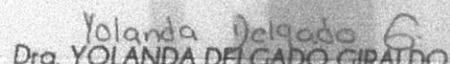
Cursó y aprobó satisfactoriamente cumpliendo con los objetivos del curso de:

PRIMER RESPONDIENTE

Con una intensidad de 20 horas realizado el día 06 de Octubre de 2018
en la ciudad de Bogotá D.C


JORGE ISAAC ALVAREZ
Instructor Nivel III


TATIANA MARTINEZ
Coordinadora Maltés


Dra. YOLANDA DELGADO GIRALDO
Representante Legal
Instituto Santafé de Bogotá

www.maltes.com.co

Correo de confirmación de certificados validaciones@maltes.com.co -

Renovar 07 de Octubre de 2020

FECHA DEL EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

FECHA DEL EXAMEN 2019-03-18 09:16:17

DATOS DE INSTITUCION

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



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JULIO ANDRES TOVAR	Identificación	C	1026256781	Sexo	M	G.S. Rh.	O +
Fecha de Nacimiento	07/08/1987	Lugar Nacimiento	BOGOTA	Edad	31 Años	Estado Civil	Soltero (a)	
Escolaridad	Profesional	Procedencia	Departamento	Bogotá, D.C.	Municipio	Bogotá, D.C.		
Dirección	AV CL 54 SUR 90 24 T 4 AP 101	Teléfonos	3202846390					
EPS	Compensar	ARL	SURA					

DATOS EMPRESA

Empresa Contratante	Atencion a Particulares		
Empresa en Misión	IDRD	Cargo	FORMADOR DEPORTIVO
Fecha Ingreso	SIN INFORMACION	Jornada de trabajo	SIN INFORMACION

ANTECEDENTE LABORALES

TIENE ANTECEDENTES	SI	
--------------------	----	--

EMPRESA 1	
EMPRESA	IDRD
CARGO	FORMADOR DEPORTIVO
TIEMPO DE EXPOSICION	TRES AÑOS
ANTIGUEDAD	TRES AÑOS
USO E.P.A	NO APLICA
RIESGO FISICO	NO
RIESGO QUIMICO	NO
RIESGO BIOLOGICO	NO
RIESGO ERGONOMICO	NO
RIESGO MECANICO	NO
OBSERVACIONES	NO APLICA

EMPRESA 2	
EMPRESA	NO APLICA
CARGO	NO APLICA
ANTIGUEDAD	NO APLICA
TIEMPO DE EXPOSICION	NO APLICA
USO E.P.A	NO APLICA
RIESGO FISICO	NO
RIESGO QUIMICO	NO
RIESGO BIOLOGICO	NO
RIESGO ERGONOMICO	NO
RIESGO MECANICO	NO

Nombres y Apellidos JULIO ANDRES TOVAR Identificación CC 1026256781

OBSERVACIONES	NO APLICA
---------------	-----------

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCULARES (GOLPES, QUEMADURA, POLVORA, ESQUIRLAS, POLVO, OTROS)	NO REFIERE
---	------------

ANTECEDENTES PERSONALES

NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL - LENSOMETRIA

Ultimo Examen	Usa RX	OD	OI	CORRECCION
Mayor a 2 años	GAFAS	-1.00-1.00 X X0	-1.00-0.50 X 0	SI

SINTOMATOLOGIA

DISMINUCION AV LEJOS	NO
DISMINUCION AV CERCA	NO
ENROJECIMIENTO	NO
CANSANCIO	NO
DESVIACION OCULAR	NO
LAGRIMEO	NO
ARDOR	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
SECRECION	NO
RESEQUEDAD	NO
FOTOFobia	NO
OTROS	NO APLICA

AGUDEZA VISUAL

OJO	SIN CORRECCION			CON CORRECCION		
	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL	DERECHO	IZQUIERDO	BILATERAL
LEJANA	20/70	20/70	20/70	20/20	20/20	20/20
PROXIMA	0.50 m	0.50 m	0.50 m	0.50 m	0.50 m	0.50 m

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
SEGMENTO ANTERIOR DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS	SEGMENTO ANTERIOR DENTRO DE PARAMETROS DE NORMALIDAD Y REFLEJOS CONSERVADOS

EXAMEN MOTOR

COVER TEST

VL	VP
ORTHOFORIA	EXOFORIA

PERCEPCION

VISION CROMATICA	NORMAL
ESTEREOPSIS	NORMAL

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Astigmatismo
DIAGNOSTICO RELACIONADO	H521: Miopía
DIAGNOSTICO RELACIONADO	
DIAGNOSTICO RELACIONADO	

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	LAS GAFAS EN USO CORRIGEN CORRECTAMENTE SU DEFICIENCIA VISUAL. DEBE HACER USO DE GAFAS PERMANENTES PARA SU LABOR POR ASTIGMATISMO MIOPICO SIMPLE AO , SE RECOMIENDA USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL DE ACUERDO A LA LABOR QUE DESEMPEÑE. CONTROL VISUAL SEGÚN PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA EMPRESA.
---------------------------------	--

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: 2019-03-18 10:38:00

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JULIO ANDRES TOVAR	Identificación	CC	1026256781	Sexo	M
Fecha de Nacimiento	07/08/1987	Edad	31 Años	Teléfonos	3202846390	
Dirección	AV CL 54 SUR 90 24 T 4 AP	Municipio	Bogotá, D.C.	EPS	Compensar	
ARL	SURA	Fondo de Pensiones	PORVENIR S.A.			

DATOS EMPRESA

Empresa Contratante	Atención a Particulares	Empresa Usaria	IDRD
Cargo	FORMADOR DEPORTIVO	Fecha Ingreso	SIN INFORMACION

EXAMENES REALIZADOS

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	VISIOMETRIA SALUD OCUPACIONAL
------------------------------	-------------------------------

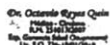
CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL	APTO CON ALTERACIÓN QUE NO LIMITA SU LABOR (Posee alguna patología o condición física que NO INTERFIERE con su capacidad laboral)	USO DE CORRECCION VISUAL DURANTE SUS LABORES POR DEFECTO REFRACTIVO.....
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	

Certifico que la información por mí aportada es veraz y que fui informado acerca de la confidencialidad de la misma, así como de los resultados de los exámenes paraclicnicos 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 Médica Mira Tu Salud a realizar los exámenes clínicos y paraclicnicos 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 pérdida de la capacidad laboral, también a proporcionar la información de los resultados de mis exámenes paraclicnicos con el fin de que la empresa contratista implemente y ejecute los SVE respectivos.


OCTAVIO REYES
C.C. 320561
Firma y sello del Médico Evaluador

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


Julio A. TOVAR

JULIO ANDRES TOVAR
C.C. 1026256781
Firma del trabajador Evaluado



Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y se anexará a la historia clínica ocupacional, que toda la información que se ha suministrado es verdadera y no he omitido ninguna que pueda ser causante de dificultades laborales en el futuro y se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales, extraocupacionales y sus consecuencias. En constancia de lo anterior firmo.


DRA. SANDRA PARDO GELVEZ
OPTOMETRA REG. 1212
ESP. SALUD OCUPACIONAL
P. U. JAVERIANA

SANDRA MILENA PARDO
RM: RESOL 3150 del 10/04/2017
Firma y sello del Médico Evaluador

Julio A. TOVAR

JULIO ANDRES TOVAR
C.C 1026256781
Firma del trabajador Evaluado

