BOGOTÁ | IDRD

MEMORANDO 25 FEB 2020

Radicado IDRD No. 20205100092793

Bogotá D.C. 11-02-2020

PARA: LOPEZ OSPINA JULIO CESAR
Subdirección de Contratación

DE: Supervisor de Contrato

ASUNTO: Acta de Reiniciación del Contrato de Prestación de Servicios CPS No 2302 de 2019. Expediente Virtual No. 2019800201102110E

De manera atenta y para los fines pertinentes, me permito remitir en original, el Acta de Reiniciación, del contratista TOVAR JULIO ANDRES CPS No 2302 de 2019. Contrato que se encuentra bajo mi supervisión, para que repose en la respectiva carpeta.

Cordialmente,

GONZALEZ CARDENAS WILSON ALEJANDRO
Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02

Anexos: (5) Folios
Copia: N/A

Elaboró: César Nava-Contratista Deportes TEC
Proyectó: César Nava-Contratista Deportes 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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INSTITUTO DISTRITAL DE RECREACION Y DEPORTE
Fecha de firmado: 2020.02.26 14:50:26 COT
Firmado digitalmente desde SGD-OrfeoJADE

Pag 2

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ACTA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS No. **IDRD-CTO-2302-2019**

NOMBRE DEL CONTRATISTA **TOVAR JULIO ANDRES**

DOCUMENTO IDENTIFICACIÓN CONTRATISTA **C.C. 1.026.256.781**

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 VEINTIÚN (21) DÍAS**

	Dia	Mes	Año
FECHA DE INICIACIÓN DEL CONTRATO	13	3	2019
FECHA DE TERMINACIÓN INICIAL DEL CONTRATO	12	12	2019
FECHA DE INICIACIÓN SUSPENSIÓN CONTRATO / CONVENIO	16	11	2019
FECHA DE TERMINACIÓN SUSPENSIÓN CONTRATO / CONVENIO	2	2	2020
FECHA DE REINICIACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO	3	2	2020
FECHA DE TERMINACIÓN FINAL DEL CONTRATO / CONVENIO	12	3	2020

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$	19.096.000,00
VALOR TOTAL DEL CONTRATO (VALOR INICIAL + ADICIONES)	$	20.097.000,00

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

Julio A. Tovar

FIRMA

Documento del contratista: 1.026.256.781

FIRMA

Nombre del Ordenador del Gasto: MARIO GIOVANNI MONROY HERNANDEZ

243

ARL | sura

Medellín, 03 de febrero de 2020

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: 03/02/2020 **Fecha fin cobertura:** 13/03/2020

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, CE NTROS DE ENSEÑANZA Y/O ENTRETENIMIENTO DEPORTIVO, LOS TRABAJOS EN ESPECTÁCULOS DEPORTIVOS ASI COMO LAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DEPORTIVAS PROFESIONALES NO INCLUIDAS EN OTRAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES ECONMICAS.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3924102 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DEPORTIVAS YOTRAS EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE ESPARCIMIENTO, INCLUYE TODAS LASACTIVIDADES 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:C10262567812003442679

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: 03/02/2020 11.51 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 186.84.88.237, 172.16.42.57

Fundación Médica Mira Tu Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

CERTIFICADO CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 18/03/2019 10.38 AM

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: 2019-03-18 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	Atencion a Particulares	**Empresa Usuaria**	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 CORRECION 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 mi aportada es veraz y que fui informado acerca de la confidencialidad de la misma, así como de los resultados de los exámenes paraclinicos 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. 25101A0007
Esp. Gerencia Salud Ocupacional
Lic S.O. 736-18/01/2018

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



Pagina Web: www.miratusalud.com.co

Fundación Médica Mira tu Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

CERTIFICADO CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 18/03/2019 10.38 AM

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: 2019-03-18 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	Atencion a Particulares			**Empresa Usuaria**	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 CORRECION 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 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
RM. 25101X2007
Esp. Gerencia Salud Ocupacional
Lic. S.O. 736-1801/2018

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



Pagina Web: www.miratusalud.com.co

EXAMEN VISIOMETRIA SALUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 18/03/2019 10.37 AM

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	