INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

INFORME No.	1		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	11	2020

No. DEL CONTRATO Y FECHA
2658 de 10 noviembre 2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	PEDRAZA ARIAS EMMA VIVIANA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	53.113.574	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como TÉCNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE INTERÉS.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	DOS (2) MESES Y QUINCE (15) DÍAS.	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	$5.775.000 pesos CINCO MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL PESOS	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	17 de noviembre del 2020	Registre la fecha de inicio del acta
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 suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	30 de enero del 2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	17 DE NOVIEMBRE DEL 2020 AL 30 DE NOVIEMBRE DEL 2020	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, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (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.).

<table>
<tr><th>Obligaciones específicas</th><th>Actividades, evidencias y ubicación</th></tr>
<tr><td>Obligación No. 1: Apoyar de manera presencial y/o virtual la formación integral y deportiva de los usuarios pertenecientes a las Instituciones Educativas del Distrito atendidas por el proyecto de inversión.</td><td>Actividades: Me fueron asignados 4 grupos en la IED Rural José Celestino Mutis para el centro de interés de Gimnasia, los cuales están conformados de la siguiente manera:

Grupo 1: 25 estudiantes (801 JT)
Grupo 2: 22 estudiantes (802 JT)
Grupo 3: 23 Estudiantes (803 JT)
Grupo 4: 23 Estudiantes (804 JT)
Total estudiantes : 93 estudiantes

Evidencia: Se planean las sesiones de clase para este periodo en la plataforma SIM, y las clases se realizaron por MEET.

Ubicación: Secop II, link SISTEMA DE INFORMACION MISIONAL (SIM).
https://www.idrd.gov.co/SIM/Tec_V4/A</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>Actividades: Se ha planeado para este periodo de actividades las sesiones de clase para los grupos 1, 2, 3 y 4.

<table>
<tr><th># de Grupo</th><th>IED</th><th>DÍAS</th><th>HORA</th><th>SESIONES</th></tr>
<tr><td>1</td><td>IED MUTIS</td><td>LUNES Y VIERNES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>Ejecutada: 23 nov, Programada:27 nov</td></tr>
<tr><td>2</td><td>IED MUTIS</td><td>MARTES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>24 Noviembre</td></tr>
<tr><td>3</td><td>IED MUTIS</td><td>MIERCOLES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>25 Noviembre</td></tr>
<tr><td>4</td><td>IED MUTIS</td><td>JUEVES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>26 Noviembre</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr>
<td></td>
<td>Evidencia: Plataforma SIM

Ubicación: Carpeta # 2 y SISTEMA DE INFORMACION MISIONAL (SIM).

LINK SIM
https://www.idrd.gov.co/SIM/Tec_V4/A
https://meet.google.com/kon-kgpy-arj
https://meet.google.com/uiy-zomu-ids
https://meet.google.com/uxw-amzr-irm
https://meet.google.com/fin-xmbe-keb</td>
</tr>
<tr>
<td>Obligación No. 3: Ejecutar de manera presencial y/o virtual 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).</td>
<td>Actividades: Se ha planeado para este periodo de actividades las sesiones de clase para los grupos 1, 2, 3 y 4.

<table>
<tr><th># de Grupo</th><th>IED</th><th>DÍAS</th><th>HORA</th><th>SESIONES</th></tr>
<tr><td>1</td><td>IED MUTIS</td><td>LUNES Y VIERNES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>Ejecutada: 23 nov, Programada:27 nov</td></tr>
<tr><td>2</td><td>IED MUTIS</td><td>MARTES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>24 Noviembre</td></tr>
<tr><td>3</td><td>IED MUTIS</td><td>MIERCOLES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>25 Noviembre</td></tr>
<tr><td>4</td><td>IED MUTIS</td><td>JUEVES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>26 Noviembre</td></tr>
</table>

Evidencia: Plataforma SIM

Ubicación: Carpeta #3 SISTEMA DE INFORMACION MISIONAL (SIM).

LINK SIM
https://www.idrd.gov.co/SIM/Tec_V4/A</td>
</tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>https://meet.google.com/kon-kgpy-arj
https://meet.google.com/uiy-zomu-ids
https://meet.google.com/uxw-amzr-irm
https://meet.google.com/fin-xmbe-keb</td></tr>
<tr><td>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.</td><td>Actividades: Se hizo la solicitud de usuario y contraseña del SIM, con formato solicitado por Gestor IED el día 20 noviembre 2020
Usuario: Emma.pedraza
Clave:idrd2020
Evidencia: Plataforma SIM
Ubicación: Correo electrónico francisco.tovar@idrd.gov.co, Plataforma SIM Sistema de información Misional</td></tr>
<tr><td>Obligación No. 5 Elaborar de manera presencial y/o virtual 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>Actividades: Se ha planeado para este periodo de actividades las sesiones de clase para los grupos 1, 2, 3 y 4.

<table>
<tr><th># de Grupo</th><th>IED</th><th>DÍAS</th><th>HORA</th><th>SESIONES</th></tr>
<tr><td>1</td><td>IED MUTIS</td><td>LUNES Y VIERNES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>Ejecutada: 23 nov, Programada:27 nov</td></tr>
<tr><td>2</td><td>IED MUTIS</td><td>MARTES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>24 Noviembre</td></tr>
<tr><td>3</td><td>IED MUTIS</td><td>MIERCOLES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>25 Noviembre</td></tr>
<tr><td>4</td><td>IED MUTIS</td><td>JUEVES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>26 Noviembre</td></tr>
</table>

Evidencia: Plataforma SIM

Ubicación: SIM y carpeta # 5 SISTEMA DE INFORMACION MISIONAL.

LINK SIM
https://www.idrd.gov.co/SIM/Tec_V4/A
https://meet.google.com/kon-kgpy-arj</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td>https://meet.google.com/uiy-zomu-ids
https://meet.google.com/uxw-amzr-irm
https://meet.google.com/fin-xmbe-keb</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>Actividades: Se ha planeado para este periodo de actividades las sesiones de clase para los grupos 1, 2, 3 y 4.

<table>
<tr><th># de Grupo</th><th>IED</th><th>DÍAS</th><th>HORA</th><th>SESIONES</th></tr>
<tr><td>1</td><td>IED MUTIS</td><td>LUNES Y VIERNES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>Ejecutada: 23 nov. Programada:27 nov</td></tr>
<tr><td>2</td><td>IED MUTIS</td><td>MARTES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>Ejecutada: 24 Noviembre</td></tr>
<tr><td>3</td><td>IED MUTIS</td><td>MIERCOLES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>Ejecutada: 25 Noviembre</td></tr>
<tr><td>4</td><td>IED MUTIS</td><td>JUEVES</td><td>14:00 a 16:00</td><td>Programada: 26 Noviembre</td></tr>
</table>

Evidencia: Plataforma SIM

Ubicación: SIM y carpeta # 6 SISTEMA DE INFORMACION MISIONAL (SIM)

LINK SIM
https://www.idrd.gov.co/SIM/Tec_V4/A
https://meet.google.com/kon-kgpy-arj
https://meet.google.com/uiy-zomu-ids
https://meet.google.com/uxw-amzr-irm
https://meet.google.com/fin-xmbe-keb</td></tr>
<tr><td>Obligación No.7 Apoyar de manera presencial y/o virtual la recopilación de los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos</td><td>Actividades: Los documentos reposan en la carpeta de la docente Enlace en la IED Rural José Celestino Mutis.

Evidencia: Carpeta docente IED

<u>Avance:</u> La comunicación es contante con Gestor IED,</td></tr>
</table>

(alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las actividades a realizar con los estudiantes.	docente Enlace, estudiantes y padres de familia. **Evidencia;** La IED informara antecedentes médicos o casis específicos que se presenten. **Ubicación**: Documento hoja matricula del estudiante, base de datos enlaces IED
Obligación No.**8** Recopilar de manera presencial y/o virtual las copias de los carnés de EPS de todos los niños inscritos en el centro de interés.	**Actividades:** La IED cuenta con la base de datos de cada estudiante con su respectivo soporte**,** además el colegio cuenta con un formato donde se redactan cualquier eventualidad que se presente durante la jornada Los documentos reposan en la carpeta de la docente Enlace en la IED Rural José Celestino Mutis. **Evidencia:** Durante el periodo de actividades los documentos reposan con el Coordinador enlace del colegio **Ubicación:** documentos matricula del estudiante, base de datos enlaces IED
Obligación No.**9** Apoyar de manera presencial y/o virtual las actividades programadas a nivel técnico, operativo o administrativo en las IED, el IDRD o la SED que tengan que ver con el cumplimiento de su objeto contractual.	**Actividades:** Se cumplió con esta obligación para este periodo se asistió a las diferentes reuniones citadas así:

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td colspan="2"></td><td>REUNIONES TRABAJO PEDAGÒGICO</td></tr>
<tr><td>FECHA</td><td>HORA</td><td>TEMAS</td></tr>
<tr><td>17-11-20</td><td>12:00-14:00</td><td>Conversatorio reflexiones y aportes en los procesos de formación integral a través del deporte escolar.</td></tr>
<tr><td>18-11-20</td><td>9:00- 11:00</td><td>Reunión operativa Gestora Claudia Arboleda.</td></tr>
<tr><td>19/11/2020</td><td>9:00- 11:00</td><td>Reunión general de ied</td></tr>
<tr><td>23-11-20</td><td>7:00- 8:00</td><td>7:00 am Reunión operativa zona 3</td></tr>
<tr><td>23-11-20</td><td>17:00-18:30</td><td>5:30 reunión pedagógica recreación Apoyo a parques.</td></tr>
<tr><td>30 Nov a 4 Dic 20</td><td>10:00 a 12:00
14:00 a 16:00</td><td>Apoyo vacaciones recreo deportivas en parques.</td></tr>
</table>
Ubicación: Carpeta evidencia 9
Evidencia: Secop II numeral 7</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>Actividades: Para este periodo no se cuenta con estudiantes para reportar a semillero, me encuentro en inicio de actividades, tan pronto detecte talento postulare estudiantes para Semillero.

Avance: Se cumple con esta obligación
Se hacen seguimientos a cada uno de los integrantes del centro de interés, de forma virtual Y llamadas especialmente aquellos estudiantes con situaciones especiales en su hogar.

Evidencia: Sesiones de clase y seguimiento a estudiantes.

Ubicación: Plataforma Sim, grupos WhatsApp, Secop ii</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</td><td>Actividades: El certificado vigente del curso primer respondiente según lo requerido por IDRD, se encuentra en el Secop II # 7

Evidencia: Secop II numeral 7

Ubicación: Secop II numeral 7 link</td></tr>
</table>

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

o cursos relacionados, expedido por institución con autorización oficial.	
Obligación No.**12** Cumplir con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado.	**Actividades:** Cumplo con los lineamientos asignados para desarrollar el Centro de Interés de Gimnasia en la IED Rural José Celestino Mutis, Localidad Ciudad Bolívar, se ha realizado lo solicitado por los profesionales a cargo.
Obligación No.**13** Participar de manera presencial y/o virtual en eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le 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**.**	**Actividades:** Se cumplió con esta obligación para este periodo, me encuentro en total disposición para participar en las actividades planeadas y asignadas por la entidad. **Avance:** Sin novedad alguna para este periodo de actividades.
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.	**Actividades:** Esto se evidencia en la elaboración de las sesiones de clase en la plataforma del Sistema de información Misional (SIM) y durante las sesiones de clase. **Ubicación**: LINK https://www.idrd.gov.co/SIM/Tec_V4/A
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.	

INFORME DE ACTIVIDADES Y CONCEPTO DEL SUPERVISOR DE CONTRATOS DEL IDRD

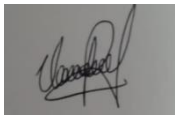
NO APLICA PARA: CONTRATOS DE OBRA, CONSULTORÍA, NI GUARDIANES (QUIENES DEBEN PRESENTAR SU INFORME EN EL FORMATO QUE ACTUALMENTE REPORTAN)

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	COMPENSAR	$0
PAGO APORTES PENSIÓN	COLFONDOS	$0
PAGO RIESGOS LABORALES	POSITIVA	$0
	TOTAL	$0

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

Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias de las actividades realizadas durante la ejecución contractual.



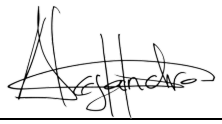
Firma Contratista
EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS
CC. 53.113.574



FRANCISCO JOVANNY TOVAR ROJAS
CC: 79.898.800 BTA
GESTOR IED
30 – 11 - 2020

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

EN EL PRESENTE INFORME DE ACTIVIDADES, EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES,ASIGNADAS



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:

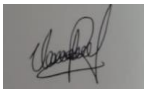
1	Contrato No.	**2658-2020**												
2	Nombre del Contratista	**EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**53.113.574**						
4	Responsable de impuesto a las ventas								SI		NO	**X**	REGIMEN SIMPLE	
5	Residente en el país (Extranjeros)										SI		NO	
6	Tengo contratadas 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	**X**	NO	
	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 entregar										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



FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **11** AA **2020**

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

EXAMEN DE VISIOMETRIA DIGITAL No. 53113574

Fecha: 2019-03-18

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.



INFORMACIÓN GENERAL

Equipo utilizado	Optec 2000		
Nombre	EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS		
Documento:	53113574		
Empresa usuaria:	INDEPENDIENTE		
Usa lentes:	SI	Tipo de lentes:	Formulados
Frecuencia	Permanentes	Exámen realizado con lentes de contacto:	NO

PRUEBA DE DEMOSTRACIÓN: Buena

VISION LEJANA SIN LENTES Ojo Derecho: 20/200	Ojo Izquierdo: 20/200	Ambos ojos: 20/100
VISION LEJANA CON LENTES Ojo Derecho: 20/20	Ojo Izquierdo: 20/20	Ambos ojos: 20/20
VISION CERCANA SIN LENTES Ojo Derecho: 20/20	Ojo Izquierdo: 20/20	Ambos ojos: 20/20
VISION CERCANA CON LENTES Ojo Derecho: 20/20	Ojo Izquierdo: 20/20	Ambos ojos: 20/20

VISION DE PROFUNDIDAD: Normal

PERCEPCION DE COLORES AMBOS OJOS: Normal

FORIA VERTICAL VISION LEJANA: Normal

FORIA LATERAL VISION LEJANA: Normal

FORIA LATERAL VISION CERCANA: Normal

VISION PERIFERICA: (CAMPIMETRIA)

OJO DERECHO	OJO IZQUIERDO
Nasal 35 grados: Normal	Nasal 35 grados: Normal
Temporal 55 grados: Normal	Temporal 55 grados: Normal
Temporal 70 grados: Normal	Temporal 70 grados: Normal
Temporal 85 grados: Normal	Temporal 85 grados: Normal

OBSERVACIONES: SU CAPACIDAD VISUAL ES ADECUADA CON EL USO DE LA CORRECCIÓN ACTUAL
TEST DE COLOR (ISHIHARA) NORMAL
ESTERÉOPSIS 40" DE ARCO , GAFAS DE USO PERMANENTES .

CARLOS ARIEL GONZALEZ VANEGAS
Optómetra
Fundación Universitaria del Área Andina
Res:8566 de 05/09/2007
Esp.gerencia en salud ocupacional
Res:7855 de 15/07/2013

EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS
Documento: 53113574

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

Impreso por: yeimy.lopez
Fecha: 2019-03-18 Hora: 13:27

Scanned with CamScanner

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2019-03-18

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	INDEPENDIENTE
Nombre:	EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS	Documento:	CC 53113574
Fecha de nacimiento:	1984-07-29	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	34 años	Género:	Femenino
Estado civil:	Casado	No. hijos vivos:	3
Dirección actual:	CL 3 N 71 A 29	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3144524620	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	FORMADOR DEPORTIVO	EPS:	Compensar
Responsable**:	FELIPE VESGA (ESPOSO)	Teléfono:	3138636429
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	Su capacidad visual es adecuada, con el uso de la corrección formulada.
Audiometría:	NO REALIZADA.
Espirometría computarizada:	NO REALIZADA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS con documento de identificación No. 53113574 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de FORMADOR DEPORTIVO del sector económico INDEPENDIENTE

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Se le recomienda la actualización anual de la fórmula de corrección de los lentes en su entidad de salud. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.
2. Se le recomienda continuar en su entidad de salud plan de manejo de su patología tiroidea de origen común. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.
3. Solicite en su entidad de salud, evaluación y plan de manejo de su patología nasal alérgica no obstructiva por Médico General. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.
4. Se le recomienda continuar en su entidad de salud plan de manejo de su patología metabolica de origen común. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.
5. Se le recomienda continuar en su entidad de salud plan de manejo de su patología dermatologica de origen común. Esta recomendación no está relacionada con implicaciones para su trabajo habitual.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR ANTECEDENTE OSTEOMUSCULAR: El trabajador tiene antecedente de patología osteomuscular rodilla derecha , de la cual a la fecha NO presenta secuelas funcionales clínicamente evidenciables, por tanto no le genera restricciones para el oficio actual. No obstante, no es posible asegurar de manera prospectiva, que bajo condiciones particulares de trabajo, en las cuales se le exijan movimientos repetitivos o esfuerzos de este segmento corporal, no se vayan a presentar síntomas derivados del sobre esfuerzo, o por el antecedente referido.

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR PATOLOGIA QUE NO LE GENERA RESTRICCIONES OCUPACIONALES: Su patología tiroidea es una enfermedad de origen común y está en tratamiento controlado en su EPS y no le genera actualmente restricciones ocupacionales directas para el oficio. Se requiere que continúe con el Plan de Tratamiento establecido y que siga siendo evaluada y manejada en su entidad de salud para su control y seguimiento porque aumenta el riesgo de alteraciones metabólicas y de alteración en el desempeño.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Scanned with CamScanner

POSITIVA

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

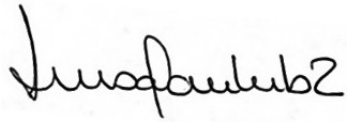
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS, con Cédula Ciudadanía No. 53113574 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 12/11/2020, para el contrato registrado con fecha desde 11/11/2020 y fecha hasta 26/01/2021, 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): 202001021231811.

Dada en Bogotá, a los 22 días del mes de noviembre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



La Secretaría Distrital de Salud, el Cuerpo Oficial de Bomberos de Bogotá y el Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático – IDIGER

HACEN CONSTAR QUE:

EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS

CC 53113574

Tomó el curso virtual gratuito

Primer Respondiente, ¡Gente que ayuda!

Nota: Esta constancia no acredita como instructor o capacidad de respuesta especializada

21 de Marzo de 2019

SBI-2019926336179

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

U.A.E. CUERPO OFICIAL BOMBEROS BOGOTÁ D.C.

IDIGER
Instituto Distrital de Gestión de Riesgos y Cambio Climático

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ MEJOR PARA TODOS

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

Datos guardados

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		
☐	1. CRP 11839 2658.pdf	1. CRP 11839 2658.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 2658.pdf	2. ARL 2658.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. PRIMER RESPONDIENTE PEDRAZA ARIAS EMMA VIVIANA.pdf	2. PRIMER RESPONDIENTE PEDRAZA ARIAS EMMA VIVIANA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Evidencias Info #1 PEDRAZA EMMA.zip	Evidencias Info #1 PEDRAZA EMMA.zip	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >



FRANCISCO JOVANNY TOVAR ROJAS
CC: 79.898.800 BTA
GESTOR IED
30 – 11 - 2020



EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS
CC 53113574

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS	COORDINADOR	FRANCISCO JOVANNY TOVAR ROJAS
FECHA REVISIÓN	2020-11-25 22:56:22	Mes	Noviembre

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO RURAL JOSE CELESTI	JOSE CELESTINO MUTIS,	1	**Lunes,14:00:00,16:00:00** 23 **Viernes,14:00:00,16:00:00** 27	23		5	3
	JOSE CELESTINO MUTIS,	2	**Martes,14:00:00,16:00:00** 24	24			
	JOSE CELESTINO MUTIS,	3	**Miercoles,14:00:00,16:00:00** 25	25			
	JOSE CELESTINO MUTIS,	4	**Jueves,14:00:00,16:00:00** 26				



FRANCISCO JOVANNY TOVAR ROJAS
CC: 79.898.800 BTA
GESTOR IED
30 – 11 - 2020



EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS
CC 53.113.574

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	53113574
NOMBRES	EMMA VIVIANA
APELLIDOS	PEDRAZA ARIAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

FRANCISCO JOVANNY TOVAR ROJAS
CC: 79.898.800 BTA
GESTOR IED
30 – 11 - 2020



EMMA VIVIANA PEDRAZA ARIAS
CC 53113574

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/09/2010	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/26/2020 19:53:39	**Estación de origen:**	186.84.90.88

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