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.	01		
FECHA DEL INFORME	**DD**	**MM**	**AAAA**
	30	11	2020

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO 2690-2020 10/11/ 2020
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JAISSON FABIAN CUEVAS POVEDA	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1032370239	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 y medio (2.5) meses	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	Cinco millones setecientos setenta y cinco mil pesos ($5.775.000).	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	20 de Noviembre del 2020	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prorroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)		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	20 AL 30 de Noviembre 2020	Registre las fechas entre las cuales se reportan las actividades

2. DESCRIPCIÓN DE 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)

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: Para este periodo se desarrolla de actividades de forma virtual, el cual se me fue asignada la IED Antonio Nariño de la localidad de Engativá. En esta institución se me asigno (2) dos grupos de ciclo 2 y 3 en la jornada mañana y tarde. Cada grupo se apoyó a la formación integral y deportiva donde se subió las sesiones de clases y se realizaron las clases sincrónica en el centro de interés de Futbol, se realiza de forma virtual a todos los estudiantes según lineamentos establecidos por IDRD, en la plataforma SIM, los siguientes grupos.

<table>
<tr><th>Grupos</th><th>Horario</th><th>Días</th><th>Fecha</th><th>Lugar</th></tr>
<tr><td>Grupo 1</td><td>8:00 a 10:00 hrs</td><td>Martes y Jueves</td><td>24 Y 26 Noviembre</td><td>Virtual</td></tr>
<tr><td>Grupo 4</td><td>13:00 a 15:00 hrs</td><td>Miércoles y Viernes</td><td>25 Y 27 Noviembre</td><td>Virtual</td></tr>
</table>

Evidencia: sesión ejecutada sincrónico, Asistencias de estudiantes
Ubicación: En el SIM en el usuario jeisson.cuevas y carpeta obligación 1 Secop II</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 realiza el apoyo para la enseñanza del centro de interés de Futbol en la IED Antonio Nariño, lo cual se realizaron las sesiones de clase a los grupos asignados y se les realizo el seguimiento a los estudiantes conforme a los lineamientos pedagógicos del IDRD.

<table>
<tr><th>Grupos</th><th>Horario</th><th>Días</th><th>Fecha</th><th>Lugar</th></tr>
<tr><td>Grupo 1</td><td>8:00 a 10:00 hrs</td><td>Martes y Jueves</td><td>24 Y 26 Noviembre</td><td>Virtual</td></tr>
<tr><td>Grupo 4</td><td>13:00 a 15:00 hrs</td><td>Miércoles y Viernes</td><td>25 Y 27 Noviembre</td><td>Virtual</td></tr>
</table>

Evidencia: Grupos, estudiantes, planes de clase y asistencia
Ubicación: En el SIM en el usuario jeisson.cuevas y carpeta obligación 2 Secop II</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</td><td>Actividades: Se ejecutan las sesiones de clases virtuales sincrónico a los estudiantes IED Antonio Nariño de la localidad de Engativa según lineamentos establecidos por IDRD, en la plataforma SIM utilizando la plataforma MEET.</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)

<table>
<tr><td>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>
<table>
<tr><th>Grupos</th><th>Horario</th><th>Días</th><th>Fecha</th><th>Lugar</th></tr>
<tr><td>Grupo 1</td><td>8:00 a 10:00 hrs</td><td>Martes y Jueves</td><td>24 Y 26 Noviembre</td><td>Virtual</td></tr>
<tr><td>Grupo 4</td><td>13:00 a 15:00 hrs</td><td>Miércoles y Viernes</td><td>25 Y 27 Noviembre</td><td>Virtual</td></tr>
</table>
Evidencia: sesión planeadas con y reporte de asistencia
Ubicación: En el SIM en el usuario jeisson.cuevas, Carpeta obligación 3</td></tr>
<tr><td>Obligación 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 entrega formato de solicitud usuario y clave a la Gestora IED Jeniffer Camacho, en el cual quedo asignado el usuario y contraseña del SIM en los tiempos requeridos.
Evidencia: Formato diligenciado y Sim
Ubicación: En el SIM en el usuario jeisson.cuevas, Carpeta obligación 4 Secop II</td></tr>
<tr><td>Obligación 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 desarrollaron las sesiones de clases virtuales a los estudiantes IED Antonio Nariño de la localidad de Engativa según lineamentos establecidos por IDRD, en la plataforma SIM.
<table>
<tr><th>Grupos</th><th>Horario</th><th>Días</th><th>Fecha</th><th>Lugar</th></tr>
<tr><td>Grupo 1</td><td>8:00 a 10:00 hrs</td><td>Martes y Jueves</td><td>24 Y 26 Noviembre</td><td>Virtual</td></tr>
<tr><td>Grupo 4</td><td>13:00 a 15:00 hrs</td><td>Miércoles y Viernes</td><td>25 Y 27 Noviembre</td><td>Virtual</td></tr>
</table>
Evidencia: sesión planeadas y reporte de asistencia
Ubicación: En el SIM en el usuario jeisson.cuevas, Carpeta obligación 5 Secop II</td></tr>
<tr><td>Obligación 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 elabora y se publica la ejecución las sesiones de clases virtuales a los estudiantes IED Antonio Nariño de la localidad de Engativá según lineamentos establecidos por IDRD, en la plataforma SIM.
<table>
<tr><th>Grupos</th><th>Horario</th><th>Días</th><th>Fecha</th><th>Lugar</th></tr>
<tr><td>Grupo 1</td><td>8:00 a 10:00 hrs</td><td>Martes y Jueves</td><td>24 Y 26 Noviembre</td><td>Virtual</td></tr>
<tr><td>Grupo 4</td><td>13:00 a 15:00 hrs</td><td>Miércoles y Viernes</td><td>25 Y 27 Noviembre</td><td>Virtual</td></tr>
</table>
Evidencia: Sesión planeadas y reporte de asistencia
Ubicación: En el SIM en el usuario jeisson.cuevas, Carpeta obligación 6 Secop II.</td></tr>
<tr><td>Obligación 7. Apoyar de manera presencial y/o virtual la recopilación de los antecedentes o condiciones médicas de sus estudiantes para casos específicos (alergias, asma, patologías o lesiones musculoesqueléticas, etc.), y determinar el alcance de las</td><td>Actividades: Se solicita al Docente enlace Luz Carmen Prada de los antecedentes medicas de los estudiantes</td></tr>
</table>

actividades a realizar con los estudiantes.	
Obligación 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: Se solicita al Docente Enlace Luz Carmen Prada y carnet o fosyga de los estudiantes de la IED Antonio Nariño
Obligación 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 apoya de manera virtual a las siguientes reuniones para seguir los lineamientos e implementar en la IED asignada. Reunión Martes 24 de Noviembre de 2020: Se asiste a la reunión citada por Gestor IED Jennifer Camacho para tratar temas Presentación a la Docente enlace y IED asignada a las 7:00 hrs terminando a las 8:00 hrs https://meet.google.com/ahz-eept-wen Reunión Martes 24 de Noviembre de 2020: Se asiste a la reunión citada por Gestor IED Jennifer Camacho para tratar temas vacaciones recreativas y diligenciar a las 16:30 hrs terminando a las 19:00 hrs https://meet.google.com/ffc-bmcu-uts Reunión Viernes 27 de Noviembre de 2020: Se asiste a la reunión citada por Gestor IED Jennifer Camacho para tratar temas verificación de sesiones de clase. Evidencia: Actas de reuniones Ubicación: Carpeta obligación 9 Secop II
Obligación 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.	Actividades: Se está identificando los estudiantes para hacer registro y emitirlos al entrenamiento del proyecto de semilleros deportivos e informar en la IED.
Obligación 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.	Actividades: Se hace entrega el certificado del curso primer respondiente del 20 de Junio 2020 cumplimiendo con lineamiento indicado para este periodo contractual Gestora IED Jennifer Camacho. Evidencia: certificado Ubicación: Carpeta obligación 11 Secop II.

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>Obligación 12. Cumplir con los lineamientos determinados operativa y pedagógicamente en el centro de interés asignado.</td><td>Actividades: Se cumple las sesiones de clases virtuales sincrónico a los estudiantes IED Antonio Nariño de la localidad de Engativa según lineamentos establecidos por IDRD, en la plataforma SIM utilizando la plataforma MEET.
<table>
<tr><th>Grupos</th><th>Horario</th><th>Días</th><th>Fecha</th><th>Lugar</th></tr>
<tr><td>Grupo 1</td><td>8:00 a 10:00 hrs</td><td>Martes y Jueves</td><td>24 Y 26 Noviembre</td><td>Virtual</td></tr>
<tr><td>Grupo 4</td><td>13:00 a 15:00 hrs</td><td>Miércoles y Viernes</td><td>25 Y 27 Noviembre</td><td>Virtual</td></tr>
</table>
Evidencia: sesión planeadas con y reporte de asistencia
Ubicación: En el SIM en el usuario jeisson.cuevas,</td></tr>
<tr><td>Obligación 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.</td><td>Actividades: No se ha asignado ningún evento distrital ni nacional o internacional estaré a disposición para apoyar el desarrollo de actividades o para el acompañamiento de las delegaciones a diferentes eventos relacionadas con la misión de la entidad.</td></tr>
<tr><td>Obligación 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.</td><td>Actividades: Se promovee las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas de niñas, niños, adolescentes y jóvenes en las IED Antonio Nariño durante las sesiones planeadas y con seguimiento a los estudiantes
Evidencia: Sesiones de clase
Ubicación: En el SIM en el usuario jeisson.cuevas</td></tr>
<tr><td colspan="2">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.</td></tr>
</table>

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

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

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)

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

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

EN EL PRESENTE LAPSO EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES ASIGNADAS

VoBo JENNIFER CAMACHO.
CC 52 813549
GESTORA IED

27 de noviembre del 2020



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.							**2690-2020**						
2	Nombre del Contratista	**JAISSON FABIAN CUEVAS POVEDA**												
3	Identificación	CC	**X**	CE				**1032370239**						
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		NO	**x**
	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 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**

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

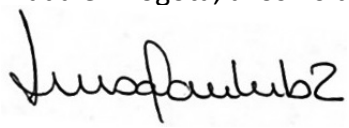
CERTIFICA

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que JAISSON FABIAN CUEVAS POVEDA, con Cédula Ciudadanía No. 1032370239 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099, tiene un registro como Independiente desde el 17/11/2020 y fecha fin de contrato 24/01/2021 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): 202001021167871.

Dada en Bogotá, a los 16 días del mes de noviembre de 2020



Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

MEDILABORAL

Certificado de aptitud

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

PARTICULAR



CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	19/03/2019	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.032.370.239	**EDAD**	32	**GENERO**	M
NOMBRES Y APELLIDOS:	CUEVAS POVEDA JAISSON FABIAN				
TIPO DE CARGO	OPERATIVO	**CARGO U OFICIO**	CONTRATISTA		

EXAMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Apto para trabajar sin restricciones	N/A

RECOMENDACIONES

MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL - USAR EPP PROPIOS A CARGO - CONTROL PERIÓDICO - PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL - CONTROL DE PESO

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL EN UN AÑO - CONTROL SALUD OCUPACIONAL - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - USO DE CICLO RUTAS PARA LOS DESPLAZAMIENTOS, NO EXCEDER USO DE AUDÍFONOS DE MÚSICA MÁS DE UNA HORA AL DÍA, ALTERNAR TELÉFONO EN AMBOS OÍDOS, VOLUMEN MODERADO DE AUDÍFONOS, TELÉFONO, TELEVISOR, NO INTRODUCIR HISOPOS EN CONDUCTO AUDITIVO

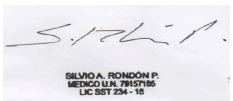
RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

PAUSAS ACTIVAS- DESCANSAR CADA 40 MINUTOS LOS OJOS MIRANDO DURANTE 5 MINUTOS UN PUNTO LEJANO - CONTROL ANUAL - USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION OCULAR

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo CUEVAS POVEDA JAISSON FABIAN identificado con CC No. 1.032.370.239. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional



DR. SILVIO RONDON PEREZ LIC SST 234 - 18

Aspirante o trabajador



CC. 1.032.370.239

1.RELACIÓN SESIONES

NOMBRE	JEISSON FABIAN CUEVAS POVEDA	COORDINADOR	JENNIFER CAMACHO GUZMAN
FECHA REVISIÓN	2020-11-25 15:55:07	Mes	Noviembre

IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO ANTONIO NARIÑO (I	ANTONIO NARIÑO,	1	**Martes,08:00:00,10:00:00** 24 **Jueves,08:00:00,10:00:00** 26	24		4	2
	ANTONIO NARIÑO,	4	**Miercoles,13:00:00,15:00:00** 25 **Viernes,13:00:00,15:00:00** 27	25			

Jennifer Camacho G.
Gestora IED

JAISSON FABIAN CUEVAS POVEDA
C.C 1032370239
Prestar sus servicios de apoyo a la gestión como TÉCNICO DE ENSEÑANZA DEL CENTRO DE INTERÉS



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:

JAISSON FABIAN CUEVAS POVEDA

CC 1032370239

Tomó el curso virtual gratuito

Primer respondiente ¡Gente que ayuda!

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

Bogotá D.C. 02 de Junio de 2020

SBI-20200875257763

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARIA 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

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 11886 2690.pdf	1. CRP 11886 2690.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	2. ARL 2690.pdf	2. ARL 2690.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUEVAS POVEDA JAISSON FABIAN-NOVIEMBRE.rar	CUEVAS POVEDA JAISSON FABIAN-NOVIEMBRE.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Constancia primer respondiente.pdf	Constancia primer respondiente.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	1032370239
NOMBRES	JAISSON FABIAN
APELLIDOS	CUEVAS POVEDA
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	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/04/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/23/2020 19:02:03	Estación de origen:	190.27.123.216

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