

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
	26	03	2021

No. DEL CONTRATO Y FECHA
IDRD-CTO-0137- 2021 / 24-02/2021
No. DEL EXPEDIENTE VIRTUAL

1. INFORMACIÓN GENERAL

		Instrucciones
NOMBRE DEL CONTRATISTA	MERCEDES ORTIZ GALVIZ	Registre nombre y apellidos completos
N° DE IDENTIFICACIÓN	1012325454	Registre el número de identificación
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SUS SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN COMO FORMADOR TÉCNICO DEL CENTRO DE INTERÉS ASIGNADO PARA REALIZAR LAS SESIONES DE CLASE EN EL PROYECTO DE INVERSIÓN.	Registre el objeto del contrato
PLAZO DE EJECUCIÓN	9 (NUEVE) MESES	Registre el plazo total de ejecución en letras y números
VALOR	21.411.000	Registre el valor total del contrato
FECHA ACTA DE INICIO	05/03/2021	Registre la fecha de inicio del acta
ADICIÓN Y/O PRÓRROGA (solo cuando aplique)		Registre el tiempo, valor y plazo de la prórroga
SUSPENSIONES (solo cuando aplique)	27/03/2021 AL 04/04/2021.	Registre para cada suspensión efectuada, las fechas y plazo de la suspensión
FECHA DE TERMINACIÓN	21/12/2021	Registre fecha de terminación establecida luego de las suspensiones y/o prórrogas aprobadas si las hay.
PERIODO DE ACTIVIDADES DE ESTE INFORME	05 DE MARZO 2021 AL 26 DE MARZO 2021.	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.).

Obligaciones Específicas	Actividades, evidencias y ubicación
<p>Obligación No. 1:</p> <p>Formar las competencias básicas, socioemocionales y ciudadanas en niñas, niños, adolescentes y jóvenes de las instituciones educativas distritales- IED vinculadas al proyecto, conforme con los lineamientos establecidos para la continuidad y permanencia de los escolares en los procesos de formación y cumplimiento de las normas de bioseguridad, asegurando el cumplimiento de los pactos de formación del centro de interés que le sean asignados.</p>	<p>Actividades:</p> <p>Se promovieron las competencias básicas socioemocionales, ciudadanas durante las sesiones de clase en los cuatro grupos asignados para el centro de interés de gimnasia en la IED FRANCISCO JOSE DE CALDAS, cumpliendo con los lineamientos establecidos por el proyecto y basados en los documentos guías, recordando a los estudiantes la importancia de las normas de bioseguridad.</p> <p>Evidencias:</p> <p>Sesiones de clases planeadas y ejecutadas</p> <p>Ubicación:</p> <p>Sistema de Información misional</p>
<p>Obligación No. 2:</p> <p>Realizar la propuesta general del centro de interés para cada uno de los grupos/ciclos, de acuerdo con los programas pedagógicos del proyecto, presentando al profesional IED.</p>	<p>Actividades:</p> <p>Se esta construyendo la propuesta general para los grupos del ciclo 3, para ser entregado al profesional IED.</p>
<p>Obligación No. 3:</p> <p>Planear cada una de las sesiones de clase implementadas al sistema de información misional (SIM), dentro de los dos (2) primeros días calendario de cada quincena, ejecutando de manera presencial, virtual y/o alternancia las sesiones de clase establecidas por el proyecto, teniendo en cuenta tiempo de sesión, una (1) hora de preparación (acreditada con</p>	<p>Actividades:</p> <p>Las sesiones de clase fueron planeadas y publicadas en los tiempos establecidos por EL PROYECTO JORNDA escolar complementaria, de la siguiente manera:</p> <p>Grupo 1 gimnasia:</p> <p>Martes – jueves 10:30 – 12:30</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 – 03 -2021 • 23 - 03 - 2021 • 25 – 03 – 2021

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)

<p>la planeación de la sesión en el SIM), dos (2) horas de ejecución presencial y/o virtual previa aprobación del supervisor (se acredita con la asistencia en el SIM) y una (1) hora de acompañamiento (desplazamientos a los escenarios deportivos cuando sea requerido), adicionalmente según los requerimientos del proyecto, registrar la asistencia y accidentes (en caso que exista) de estudiantes que participan en cada centro de interés asignado, por cada una de las sesiones máximo doce (12) horas después de ejecutada.</p>	<p>Grupo 2 gimnasia: Martes – jueves 12:35 – 14:35</p> <ul style="list-style-type: none"> • 18 – 03 -2021 • 23 - 03 - 2021 • 25 – 03 – 2021 <p>Grupo 3 gimnasia: Miércoles – viernes 10:35 – 12:35</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19 – 03- 2021 • 24 – 03 -2021 • 26 – 03 – 2021 <p>Grupo 4 gimnasia: Miércoles – viernes 12:35 – 14:35</p> <ul style="list-style-type: none"> • 19 – 03- 2021 • 24 – 03 -2021 • 26 – 03 - 2021 <p>Evidencias: Sesiones de clase SIM</p> <p>Ubicación: Plataforma SIM grupos 1-2-3-4</p>
<p>Obligación No. 4:</p> <p>Asistir/participar de manera presencial y/o virtual las sesiones de fortalecimiento, las actividades integrales para el desarrollo del proyecto como los intercambios deportivos, mediciones o valoraciones físico-atléticas, acompañamientos institucionales, las sesiones comunitarias y reuniones convocadas por el IDRD.</p>	<p>Actividades: Durante el periodo de actividades comprendido en el mes de marzo se realizaron las siguientes reuniones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 16 de marzo Agenda: reunión gestor IED Andrés Velandia Poveda, coordinadora enlace María Ester Páez, presentación de los formadores de cada centro de interés, horarios. Lugar: plataforma virtual meet. Hora: 17:00 – 18:00 Evidencia: https://meet.google.com/snq-dace-efx Ubicación: • 19 de marzo Agenda: reunión gestor IED Andrés Velandia Poveda, plataforma SIM tener sesiones de clase al día, estudiantes inscritos, indicaciones sobre el informe de actividades. Lugar: plataforma virtual meet. Hora: 09:00 – 10:00

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)

	<p>Evidencia: meet.google.com/ciy-gihw-mtc</p> <p>Ubicación: Carpeta secopll numeral 7</p>
<p>Obligación No. 5:</p> <p>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, y que alleguen copia de su carné de EPS, el nombre de su acudiente y su número de contacto teniendo esta información permanentemente en su sitio de trabajo en caso de necesitarlo, en el formato establecido.</p>	<p>Actividades: Se apoyo en la recopilación de antecedentes médicos de las estudiantes asignadas a mis cuatro grupos del centro de interés de gimnasia en la IED FRANCISCO JOSE DE CALDAS, se determinaron las condiciones médicas especiales de las estudiantes a cargo.</p> <p>Evidencias: Solicitado al momento de la inscripción del centro de interés</p> <p>Ubicación: carpetas de la IED FRANCISCO JOSE DE CALDAS.</p>
<p>Obligación No. 6:</p> <p>Identificar y reportar a estudiantes del centro de interés y/o disciplina deportiva que cumplen condiciones para ingresar al proyecto de Semilleros y remitirlos al profesional encargado (Gestor) IED.</p>	<p>Actividades: De momento no se han detectado las estudiantes con estas condiciones en ninguno de los cuatro grupos asignados, sin embargo, en el transcurso de las actividades si se detecta un talento será reportado y remitido al proyecto de semilleros deportivos.</p>
<p>Obligación No. 7:</p> <p>Participar y apoyar de manera presencial y/o virtual la organización de eventos locales, distritales, nacionales o internacionales que le sean programados para apoyar el desarrollo de actividades relacionadas con la misión de la entidad, así como el cuidado de la implementación deportiva, el cuidado de los escenarios deportivos y cumplimiento de las normas de bioseguridad.</p>	<p>Actividades: En el actual periodo no fue requerido mi apoyo en los eventos distritales, nacionales e internacionales, por parte de la entidad.</p>

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)

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.

3. INFORMACIÓN APORTES PRESTACIONES SOCIALES

DESCRIPCIÓN DEL APORTE	NOMBRE EMPRESA	VALOR APORTE PAGADO
PAGO APORTES SALUD	Compensar	\$ 115.500
PAGO APORTES PENSIÓN	Protecciones	\$ 147.900
PAGO RIESGOS LABORALES	Positiva	\$ 2.300
TOTAL		\$265.700

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

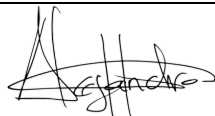
Nota: Para la entrega del informe correspondiente al último periodo de actividades; es indispensable anexar adicionalmente: el documento expedido por el Almacén General y el Área de Sistemas donde se evidencie que el contratista se encuentra a paz y salvo con la entidad y el medio magnético con las evidencias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



Firma Contratista.
Mercedes Ortiz Galviz
C.C 1.012.325.454

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

En el presente lapso la contratista cumplió con las obligaciones contractuales asignadas.



Vo Bo Supervisor del contrato.
Nombre: Wilson Alejandro González Cárdenas.
N° de Identificación: 79.747.015 de Bogotá.
Cargo: Asesor de Dirección General Código 105 Grado 02



Andres Velandia Poveda
Cédula 79590256
Gestor IED
Visto bueno

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 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.	0137 - 2021								
2	Nombre del Contratista	MERCEDES ORTIZ GALVIZ								
3	Identificación	CC	X	CE			1012325454			
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 2020, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2020), equivalentes a \$49,849,800					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 \$	115.500,00				Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$	147.900,00			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$	2.300,00				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 inmediatamente anterior (2020). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo					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 (2020). v/r maximo deducción mensual \$569,712					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 (2020) \$9,257,820 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo					SI		NO		X
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2020) \$9,257,820. 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 ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.



FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD 26 MM 3 AA 2021



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 MERCEDES ORTIZ GALVIZ, con Cédula Ciudadanía No. 1012325454 contratista de la empresa INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y DEPORTE, con Nit No. 860061099, tiene un registro como Independiente desde el 05/03/2021 y fecha fin de contrato 07/12/2021 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): 20210101389569.

Dada en Bogotá, a los 4 días del mes de marzo de 2021

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.

DR. GUSTAVO CONTRERAS SALAMANCA

Médico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Carrera 21 N° 25 - 16 Sur Bogotá. Tel: 2391845 - Código prestador 110010821201
Licencia Salud Ocupacional Resolución N° 15006/2015 de Secretaría Salud Bogotá

EXAMEN MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Entidad Contratante: IDRD.					
Dir:			Nit:		
Fecha: 17/febrero/2021		Cargo: Formadora deportiva.			
Tipo de examen	Ingreso SI	Periódico —	Retiro —	Trabajo en alturas NO	
TRABAJADOR					
Apellidos Ortiz Galvis			Nombres Mercedes		
ID: 1.012.325.454	Tel: 314 224 1860		Sexo F	Edad 34	
Profesión: Profesional ciencias del deporte.			Diestro SI	Zurdo —	

Con los siguientes exámenes:

MÉDICO OCUPACIONAL SI	OPTOMETRÍA SI	AUDIOMETRÍA SI
OSTEOMUSCULAR SI	ELECTROCARDIOGRAMA —	ESPIROMETRÍA —
GLICEMIA —	COLESTEROL —	TRIGLICÉRIDOS —
Otros		

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto con restricciones —	Puede continuar su labor —
Apto con restricciones que no limitan su labor SI	Puede continuar con reubicación laboral —
Apto para el cargo —	Examen de retiro satisfactorio —
Aplazado por restricciones —	Examen de retiro con patología —
Apto para trabajo en alturas. NO	No apto —

Restricciones médicas ocupacionales

Restricción temporal por embarazo de 39 semanas.

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Uso de elementos de protección personal SI	Valoración por: —
Hacer pausas activas. SI	Reubicación laboral temporal. —
Llevar estilo de vida saludable, dieta, ejercicio. SI	Rehabilitación ocupacional. —
Ingreso al sistema de vigilancia epidemiológica	Realización de pruebas complementarias —
Otras Control de embarazo por la EPS.	

La presente certificación se expide con base en la Historia Clínica Ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial.

Médico Licencia en Salud Ocupacional

Dr. Gustavo Contreras
MÉDICO CIRUJANO - U. NAL.
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S. O. N° 15006/2015 S.O.S.

NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO

c.c. **1012325454**

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Certifico que no he omitido información sobre mis enfermedades y mi estado de salud **TRABAJADOR EXAMINADO**

Indice derecho

ANEXO OSTEOMUSCULAR	Día 17	Mes Febrero	Año 2021	
	TIPO DE EXAMEN	Ingreso SI	Periódico	Retiro

El presente anexo es parte integral de la historia clínica ocupacional como resultado de la evaluación médica ocupacional

Apellidos Ortiz Galviz	Nombres Mercedes	
ID: 1.012.325.454	Sexo Femenino	Edad: 34 años

PERFIL PUESTO DE TRABAJO ACTUAL (No aplica para examen de Ingreso)	
riesgo ergonómico en el cargo	
Manipulación de cargas	Horas de trabajo por jornada
Esfuerzos más frecuentes	Usa ayudas mecánicas?
Movimientos repetitivos?	Postura habitual
Distancia que camina por día	Herramientas que usa
Manipula objetos pesados?	Qué peso máximo levanta?

MOVILIDAD	DERECHA			IZQUIERDA			REVISIÓN POR SÍNTOMAS			
SEGMENTO	FLEX	EXT	ABDUC	FLEX	EXT	ABDUC	SINTOMA	SI	NO	COMENTARIO
Hombro	/	/	/	/	/	/	Cervicalgia		/	
Coxofemoral	/	/	/	/	/	/	Dorsalgia		/	
Mano	/	/	/	/	/	/	Lumbalgia		/	
Cuello de pie	/	/	/	/	/	/	Artralgia		/	
	FLEXION		EXTENSION		FLEXION		EXTENSION		Tendinitis	
Codo	/								Amputaciones	
Rodilla	/									

COLUMNA VERTEBRAL	Cifosis? NO	Escoliosis? NO	Lordosis? NO	Flexión Normal.
-------------------	-------------	----------------	--------------	-----------------

SISTEMA MUSCULAR	Normal	Anormal	SISTEMA MUSCULAR	Normal	Anormal	TEST ESPECÍFICOS	
Pectoral mayor	/		Flexores de cadera	/		Rascado de Apley	
Biceps braquial	/		Extensores de cadera	/		Phalen (T.Carp)	=
Triceps braquial	/		Cuádriceps	/		Tinel (T.Carp)	=
Supraespinoso	/		Gemelos	/		Test Lasague	
Infraespinoso	/		Marcha puntillas	/		Finkelstein (Qv.)	
Deltoides	/		Marcha talones (L5S1)	/		Test epicondilitis	

DIAGNOSTICO. Lesiones laborales óseas o musculares .?	
Limitaciones:	no
Malformaciones	no
Secuelas:	no

RECOMENDACIONES.	Control de embarazo por la EPS.
------------------	---------------------------------

Dr. Gustavo Contreras Salamanca Médico Especialista Salud Ocupacional L.S.O: 15006 de 2016 Secretaria Distrital de Salud  NO ES VALIDO SIN EL SELLO SECO	C.C: 1012325454 Trabajador Examinado	
--	---	---

CERTIFICADO DE VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

OPTOMETRIA ☐
VISIOMETRIA ☒

Nombres y Apellidos: Mercedes Ortiz Galviz Identificación: cc 1012 325 454

Sexo F ☒ M ☐ Edad 34 años Empresa JORJO Fecha 17/02/21

EPS Compañía ARP Postiva

CONSENTIMIENTO INFORMADO VALORACIÓN VISUAL OCUPACIONAL

Yo, Mercedes Ortiz Galviz identificado(a) como aparece al pie de mi firma, certifico que he sido informado(a) con claridad y veracidad debidamente, respecto a la valoración visual que se me va a realizar, que actúo consecuente, libre y voluntariamente como paciente. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a la valoración visual si así lo deseo y asumiré las consecuencias que esto acarrea. Que se respetará la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mi suministrada, igualmente certifico que todos los datos que he entregado son totalmente veraces. Y que posteriormente se me hablará del tratamiento(s) o procedimiento(s) que se consideren idóneos para tratar de solucionar las posibles alteraciones encontradas en la valoración. Conozco que si no decido realizar los exámenes diagnósticos solicitados o no cumpla los tratamientos ordenados pueden presentarse reacciones adversas para mi salud.

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Ocupación Fabricadora Deportiva Tiempo en este Oficio 6 años Exigencia Visual de Oficio
Visión Lejana (20/200) Visión Próxima (20/200)

¿Considera que las condiciones en que trabaja son adecuadas para sus ojos? SI ☒ NO ☐

¿Por qué? _____

¿Utiliza alguna protección? SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

Oficios anteriores 1. _____ Tiempo _____ 2. _____ Tiempo _____

EXAMEN DE AGUDEZA VISUAL

Fecha último examen de Visiometría 2 años Tiene lentes formulados SI ☐ NO ☒ Último cambio No Utiliza la corrección actualmente SI ☐ NO ☒

Tipo de Lentes: Progresivos ☐ Bifocales ☐ Monofocales ☐ Lentes de contacto ☐ 2 pares de RX ☐

Forma de uso: Permanentes ☐ Ocasionales ☐ V. Lejana ☐ V. Próxima ☐ Síntomas SI ☐ NO ☐ ¿Cuál? _____

Examen Externo OD: Normal OI: Normal Examen Motor Normal ☒ Anormal ☐ Oftalmoscopia ODI Normal ☒ Anormal ☐

Agudeza Visual OD 20/30 V. Próxima OD 050 PH OD - Con corrección OD -
OI 20/30 OI 050 OI -

Retinoscopia OD - AV - OI - AV - RX Final OD - AV - OI - AV -

V Cromática Normal ☒ Anormal ☐ Test de estereopsis 20 Segundos de arcos

IDX Asimetría Uso de RX SI ☒ NO ☐ Interpretación: Paciente con leve dificultad en visión

Observaciones: uso de lentes permanentes

RECOMENDACIONES LABORALES

Control Anual SI ☒ NO ☐ Uso de Protección Visual SI ☒ NO ☐ Remisión a la EPS SI ☐ NO ☒

FIRMA OPTOMETRA [Firma] FIRMA DEL PACIENTE 1012 325 454



SONIA ASTRITH LEGUIZAMON RENDON
FONOAUDIOLOGA
ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
AUDIOMETRÍA OCUPACIONAL



INGRESO ☒

PERIODICO ☐

EGRESO ☐

ALTURAS ☐

FECHA: 17 febrero 2021

NOMBRE: Mercedes Ortiz Galviz

D. IDENTIDAD: 1012.325.454 EDAD: 34 SEXO: F CIUDAD: Bogotá PAIS ORIGEN: Colombia

EMPRESA: IPRO CARGO: Formadora

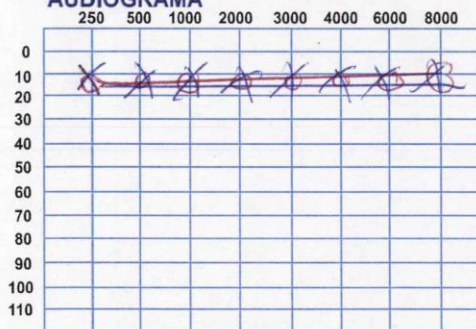
HA TRABAJADO EN AMBIENTES RUIDOSOS SI ☐ NO ☒ TIEMPO DE EXPOSICIÓN RUIDO
UTILIZA PROTECTORES AUDITIVOS SI ☐ NO ☒ COPA ☐ DESECHABLES ☐ ANATOMICOS ☐

ANTECEDENTES AUDITIVOS	SI	NO
OTALGIA		
OTITIS		
OTORREA		
TRAUMAS		
CIRUGIAS		
ACUFENOS		
TRANSTORNO DE EQUILIBRIO		
HIPERTENSION ARTERIAL		
SINUSITIS		
DIABETES		
OTROS		

HABITOS	SI	NO
UTILIZA MOTOCICLETA		
PRACTICA POLIGONO		
PRACTICA TEJO		
USA MP3		
MUSICA ALTO VOLUMEN		
DISCOTECAS O BARES		
INSTRUMENTOS MUSICALES		
OTROS		
SERVICIO MILITAR O COMBATE		

OTOSCOPIA			
NORMAL			OBSERVACIONES
OIDO	SI	NO	
OD	X		
OI	X		
REQUIERE ESTACION DE CERUMEN			
		SI	NO

AUDIOGRAMA



IMPRESION DIAGNOSTICA

Audición Normal Bilateral

OBSERVACIONES:

RECOMENDACIONES DE AUDIOLOGIA EN MEDICINA LABORAL

1. CONTROL AUDIOLÓGICO	ANUAL	☒ SI	☐ NO	1. Uso doble protección auditiva	SI	NO
	SEMESTRAL	☐ SI	☐ NO	2. No utilizar audífonos (mp3)	☒ SI	☐ NO
	TRIMESTRAL	☐ SI	☐ NO	3. Reposo auditivo despues de la jornada laboral	☒ SI	☐ NO
2. Remisión a la EPS ☐ IPS ☐ Para valoración por				4. Ingresar al programa de vigilancia epidemiologica	SI	NO
				5. Participación activa en el COPASO de la empresa	SI	NO
				6. Remitido a medicina laboral	SI	NO

FIRMA DEL PACIENTE

sonialegfono@gmail.com
Cel: 3023238991

FIRMA DEL PROFESIONAL

Sonia A. Leguizamon R.

Fonoaudióloga
UMB E.S.O
ps-10276-30-12-2019



*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:

MERCEDES ORTIZ GALVIZ

CC 1012325454

*Tomó el curso virtual gratuito
Primer Respondiente, ¡Gente que ayuda!*

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

20 de Marzo de 2019

SBI-2019968692313





Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

Id de página:: 23000726 Ayuda ?

- 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 0137 1087.pdf	1. CRP 0137 1087.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ 2. ARL 0137.pdf	2. ARL 0137.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-0137-2021 ORTIZ GALVIZ MERCEDES.pdf	ACTA DE INICIO CPS IDRD-CTO-0137-2021 ORTIZ GALVIZ MERCEDES.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ EVIDENCIA INFORME #01 MARZO.rar	EVIDENCIA INFORME #01 MARZO.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ primer respondiente...pdf	primer respondiente...pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar


Andres Velandia Poveda
Cédula 79590256
Gestor IED
Visto bueno

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

1.RELACIÓN SESIONES							
NOMBRE	MERCEDEZ ORTIZ GALVIS		COORDINADOR	ANDRES VELANDIA POVEDA			
FECHA REVISIÓN	2021-03-22 10:36:03		Mes	Marzo			
IED	SEDE	GRUPO	SESIONES PLANEADAS (HORARIO)	SESIONES EJECUTADAS	SESIONES NO EJECUTADAS	TOTAL PROGRAMADAS	TOTAL EJECUTADAS
COLEGIO INSTITUTO TECNICO	FRANCISCO JOSE DE CALDAS, CIUDAD DE HONDA, CLEMENCIA DE CAYCEDO, DAMASO ZAPATA,	1	Jueves,10:30:00,12:30:00 18-25 Martes,10:30:00,12:30:00 23			12	0
	FRANCISCO JOSE DE CALDAS, CIUDAD DE HONDA, CLEMENCIA DE CAYCEDO, DAMASO ZAPATA,	2	Jueves,12:35:00,14:35:00 18-25 Martes,12:35:00,14:35:00 23				
	FRANCISCO JOSE DE CALDAS, CIUDAD DE HONDA, CLEMENCIA DE CAYCEDO, DAMASO ZAPATA,	3	Viernes,10:35:00,12:35:00 19-26 Miercoles,10:30:00,12:35:00 24				
	FRANCISCO JOSE DE CALDAS, CIUDAD DE HONDA, CLEMENCIA DE CAYCEDO, DAMASO ZAPATA,	4	Viernes,12:35:00,14:35:00 19-26 Miercoles,12:35:00,14:35:00 24				
FECHA - HORARIO	2021-03-16 (11:00:00 - 12:00:00)		TEMA	Presentación de los Formadores, organización de los cursos y horarios para la atención sincrónica con los centros de interés Atletismo, Gimnasia, Fútbol y Escal			
FECHA - HORARIO	2021-03-19 (09:00:00 - 10:30:00)		TEMA	Reunión general con Formadores. SIM, Guías y Mallas Curriculares; Entrega de informes con soportes, varios			



Mercedes Ortiz Galviz
c.c 1.012.325.454.



Andres Velandia Poveda
Cédula 79590256
Gestor IED
Visto bueno



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	1012325454
NOMBRES	MERCEDES
APELLIDOS	ORTIZ GALVIZ
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	12/02/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: 03/23/2021 02:06:38 Estación de origen: 192.168.70.1

Andres Velandia Poveda
Cédula 79590256
Gestor IED
Visto bueno

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, laEPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1012325454
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	MERCEDES ORTIZ GALVIZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 70 BIS # 79 - 71 SUR	TELÉFONO: 7768583
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Enseñanza deportiva y recreativa.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7780747977	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: febrero	PERIODO COTIZACIÓN MES: febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2021	SALUD: AÑO: 2021
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/02/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 904089008

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	\$ 147.900
SUBTOTAL:			1	\$ 147.900
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 115.500
SUBTOTAL:			1	\$ 115.500
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 2.300
SUBTOTAL:			1	\$ 2.300

TOTAL PAGADO:	\$ 265.700
----------------------	-------------------

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ORTIZ GALVIZ MERCEDES** identificado(a) con **CC** número **1.012.325.454** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 18 de julio de 2006 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de marzo de 2021.

Cordialmente,


Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

202103171456