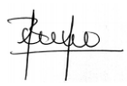
Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

Consejo Superior de la Judicatura
Dirección Ejecutiva Seccional de Administración Judicial
Armenia - Quindío
NIT. 800.165.939-0

LISTA DE CHEQUEO PARA TRAMITE DE PAGO					
Item	**Requisitos**				
1	Consecutivo	2022-0163			
2	Nro del Contrato/ Carta de Aceptación	08 DE 2022			
3	Tipo de Contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIOS			
4	Proveedor	CENTRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO SAS			
5	Nit o Cédula	900.220.827-2			
6	Nro Factura	FEC - 965 Y FEC 966			
7	Periodo Facturado	JUNIO DE 2022			
8	Valor Total a Cancelar	$ 661.672			
	Distribución por Unidades	**Unidad Ejecutora 8**		**Unidad Ejecutora 2**	
	Valor de la Unidad	$ 631.596		$ 30.076	
	Certificado de Disponiblidad Presupuestal	**Nro**	3522	**Nro**	2022
	Registro Presupuestal	**Nro**	5522	**Nro**	3322
9	Autorización Superviso para el Pago	**Si**	X	**No**	
9.1	Informe de Novedades	**Si**	X	**No**	
9.2	Soportes	**Si**	X	**No**	
9.3	Listado de Personal	**Si**	X	**No**	
9.4	Certificaciones de los Despachos	**Si**		**No**	
10	Ingreso a Almacén	**Si**		**No**	
11	Aporte a Seguridad Social y Parafiscales	**Si**	X	**No**	
12	Informe de Accidentes Laborales	**Si**		**No**	
13	Informe del Supervisor	**Si**	X	**No**	
14	Balance Financiero	**Si**	X	**No**	

NOTA: Verifique la anterior información:

DEPENDENCIAS	FIRMAS	FECHA
Unidad Administrativa		**3/09/2022**

Pagaduría remitira copia de la orden de pago a el área de Unidad Administrativa

OBSERVACIONES:

INFORME CONDICIONES DE SALUD SERVIDORES DE LA RAMA JUDICIAL

REALIZADO POR
CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO, CDC

ARMENIA, QUINDIO. JUNIO 2022

INTRODUCCION

El diagnostico de las condiciones de salud de los servidores de las empresas es una parte fundamental del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo y está definido en el Decreto 1072 de 2015 como el conjunto de variables objetivas y de auto reporte de condiciones fisiológicas, psicológicas y socioculturales que determinan el perfil sociodemográfico y de morbilidad de la población trabajadora.

El mecanismo específico por medio del cual se realiza el diagnóstico de las condiciones de salud laboral está dado por la realización del examen médico ocupacional, definido en la Resolución 2346 de 2007, como el Acto Médico mediante el cual se interroga y examina a un trabajador, con el fin de monitorear la exposición a factores de riesgo y determinar la existencia de consecuencias en la persona por dicha exposición. Incluye anamnesis, examen físico completo con énfasis en el órgano o sistema blanco, análisis de pruebas clínicas y paraclínicas tales como Optometría, y su correlación entre ellos para emitir un diagnóstico y las recomendaciones o restricciones del caso.

Esta actividad permite a las Empresas, entre otros aspectos:

-Facilitar el seguimiento de salud de los funcionarios con el fin de establecer programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en casos específicos.

-Permitir a las directivas conocer el estado de salud del personal que labora en la Organización y sus variables epidemiológicas.

-Diseñar programas de vigilancia epidemiológica para la prevención y control de enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.

-Promover la cultura de la salud física y mental de los funcionarios.

-Evitar sanciones legales por incumplimiento de las disposiciones establecidas.

-Disminuir los costos del ausentismo por enfermedad profesional o accidente de trabajo.

-Facilitar la defensa de la Empresa ante cualquier demanda por responsabilidad civil por parte de un trabajador, aduciendo la aparición de una enfermedad profesional como resultado de su trabajo en la institución.

METODOLOGIA.

Se realizan 22 evaluaciones medico ocupacionales a los servidores de la Rama Judicial, durante el mes de junio del año 2022.
Las evaluaciones fueron realizadas por la Dra. Angela Maria Jaramillo Correa, Médico General, especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo, con Licencia vigente, en las instalaciones del Centro de Diagnóstico Clínico en la ciudad de Armenia, Quindío. Se incluyen aspectos como:

1- Identificación.
2- Antecedentes personales y familiares
3- Historia Ocupacional y exposición a factores de riesgo.
4- Examen físico completo.
5- Hábitos
6- Visiometría
7- Impresión Diagnostica
8- Clasificación de la Aptitud.
9- Recomendaciones Médicas y Ocupacionales.

Los resultados de las evaluaciones se consignaron en el Formato de Historia Clínica, implementado para ello. Cada evaluación tuvo una duración mínima de 20 minutos, utilizando los siguientes insumos:

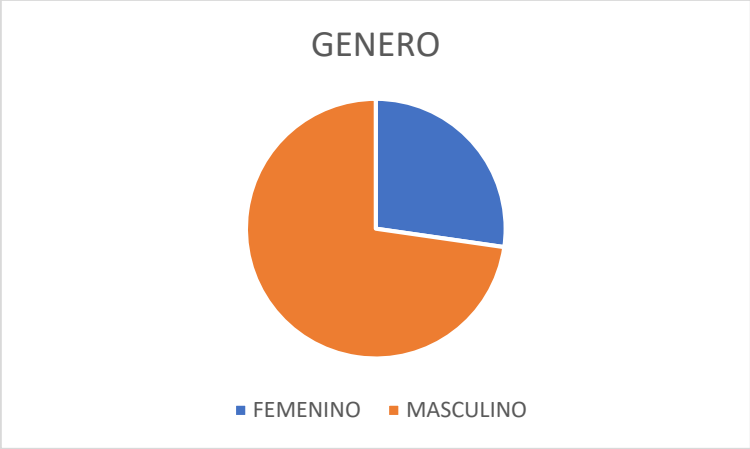
-Tensiómetro aneroide.
-Fonendoscopio.
-Equipo de Órganos de los Sentidos.
-Tallímetro.
-Báscula.
-Tabla de Snell, Test de Ishihara, Tabla de visión cercana.
-Camilla de Examen

INFORMACION SOCIODEMOGRAFICA DE LA POBLACION ATENDIDA

1. **Distribución por Género**

GÉNERO	CANTIDAD	PORCENTAJE%
FEMENINO	6	27%
MASCULINO	16	73%
TOTAL	**22**	**100%**

Gráfico 2. Distribución genero



El género que predomina en la empresa

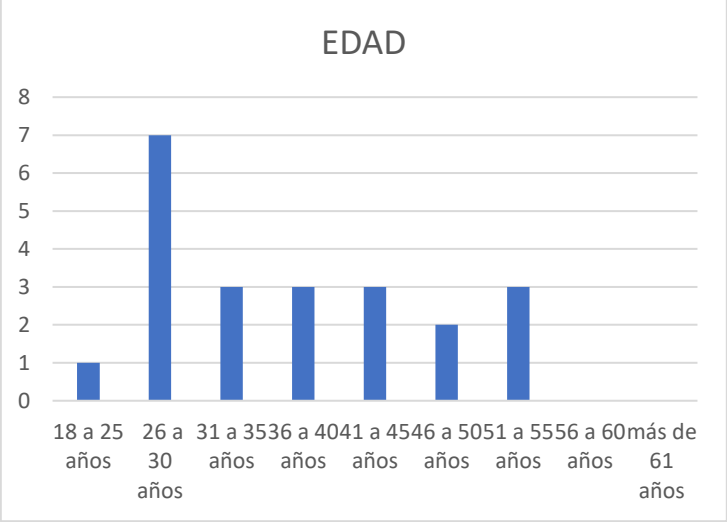
MASCULINO

2. Distribución por edad.

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE %
18 a 25 años	1	5%
26 a 30 años	7	32%
31 a 35 años	3	14%
36 a 40 años	3	14%
41 a 45 años	3	14%
46 a 50 años	2	9%
51 a 55 años	3	14%
56 a 60 años	0	0%
más de 61 años	0	0%
TOTAL	**22**	**100%**

Fuente: Exámenes Laborales 2022

Gráfico 1. Distribución porcentual según edad



Edad promedio de la empresa
37 AÑOS

3. **Estado Civil de los Servidores**.

ESTADO CIVIL	CANTIDAD	PORCENTAJE %
Casado(a)	5	23%
Soltero(a)	11	50%
Viudo(a)	1	5%
Unión Libre	3	14%
Separado	2	9%
TOTAL	22	**100%**

Fuente: Exámenes Laborales 2022

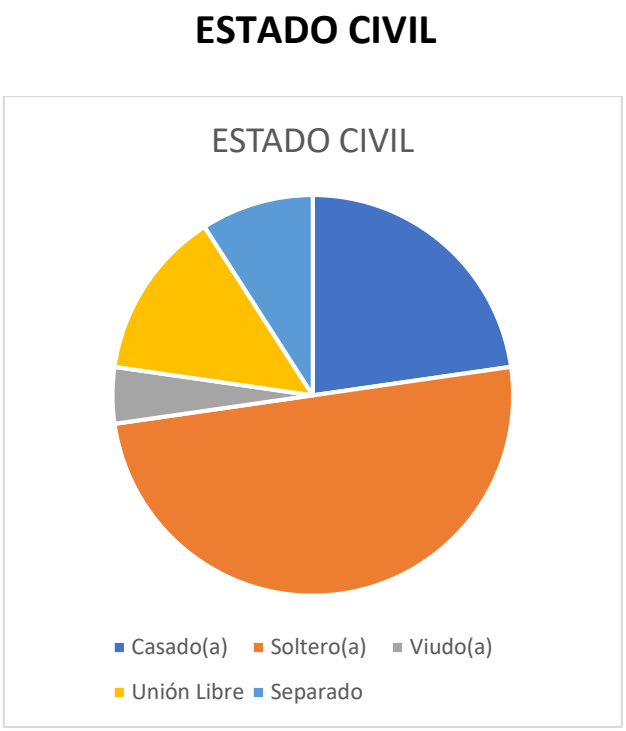


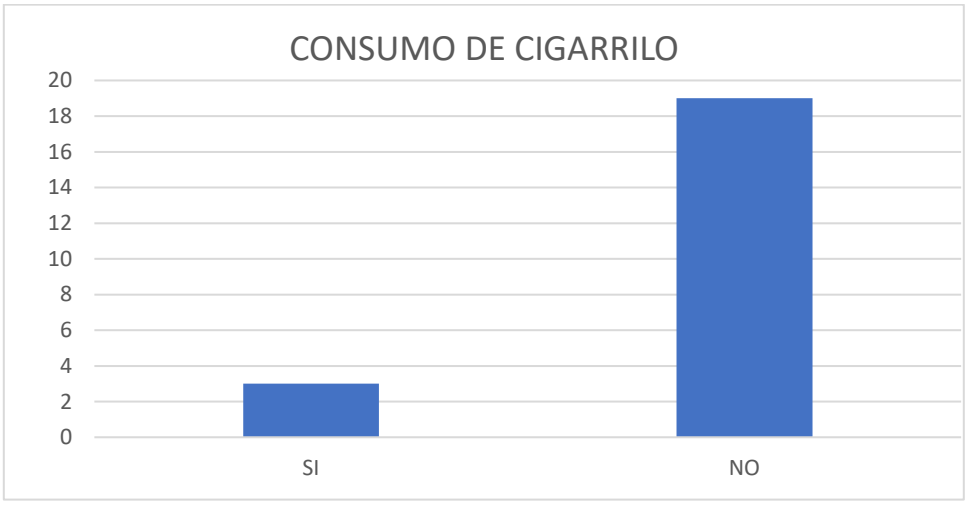
Gráfico 3. Distribución por estado civil

la mayoría de los empleados de la empresa son **SOLTEROS**

4 Hábitos de los Servidores.

FUMA	CANTIDAD	PORCENTAJE %
SI	3	14%
NO	19	86%
TOTAL	**22**	100%

Gráfico 4. Distribución por consumo cigarrillo

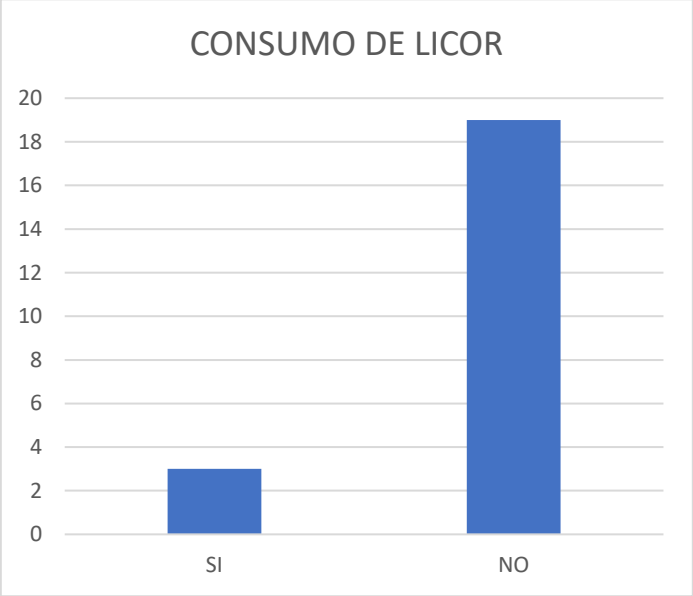


la mayoría de los empleados de la empresa

NO FUMAN

CONSUMO LICOR

CONSUME LICOR	CANTIDAD	PORCENTAJE %
SI	3	14%
NO	19	86%
TOTAL	**22**	**100%**



El % de consumo de consumo de licor de la empres es

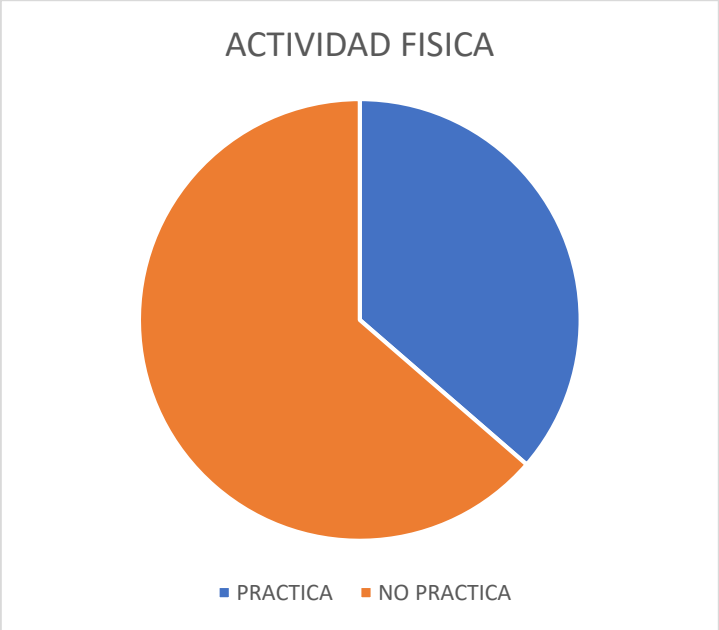
14%

EJERCICIO

ACT FÍSICA	CANTIDAD	PORCENTAJE %
PRACTICA	8	36%
NO PRACTICA	14	64%
TOTAL	**22**	100%

Fuente: Exámenes Laborales 2022

Gráfico 6. Distribución por practica ejercicio



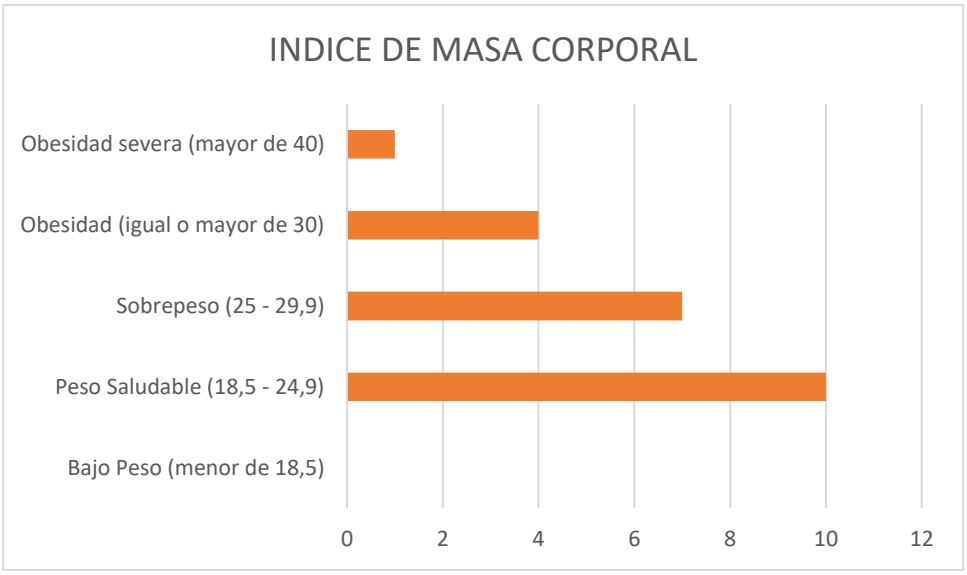
El % que no practica actividad física

64%

INDICE DE MASA CORPORAL

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	CANTIDAD	PORCENTAJE %
Bajo Peso (menor de 18,5)	0	0%
Peso Saludable (18,5 - 24,9)	10	45%
Sobrepeso (25 - 29,9)	7	32%
Obesidad (igual o mayor de 30)	4	18%
Obesidad severa (mayor de 40)	1	5%
TOTAL	**22**	**100%**

Gráfico 7. Distribución según el IMC



Estudios demuestran que la práctica de algún deporte o pasatiempo disminuye el deterioro físico y cognitivo de las personas. En este aspecto, un 36% practica deportes, sin desconocer

que la frecuencia con que se practica deportes es ocasional ya que al parecer el tiempo que les queda libre es limitado y lo emplean principalmente en el descanso. Estos aspectos deben ser incluidos para promover estilos de vida saludable dentro del SGSST.

Como es bien sabido, el hábito de fumar puede influir en la salud de las personas, la de sus familiares y los compañeros de trabajo en caso de que fumen en su presencia. De acuerdo con los resultados obtenidos, se encontró que el 100% de los servidores no consume cigarrillo lo que facilita el cumplimiento de la Resolución 1075 de 1992, por la cual se reglamentan las actividades en materia de Salud Ocupacional: Articulo 1. Los empleadores públicos y privados incluirán dentro de sus actividades del Subprograma de Medicina Preventiva, establecido por la Resolución 1016 de 1989, las campañas específicas tendientes a fomentar la prevención y el control del fármaco dependencia, el alcoholismo y el tabaquismo, dirigidas a sus empleados.

Es de anotar que una participación apreciable de los servidores tiene antecedentes familiares de patologías en las que se ha encontrado una relación familiar positiva, como enfermedades cardiovasculares, diabetes, entre otros. Estas personas deben someterse a exámenes periódicos para descartar la aparición de dichas patologías pues están en mayor riesgo que sus pares de contraerlas.

En todos los casos se hizo la orientación terapéutica correspondiente y se dio educación en salud durante la consulta médica. La mayoría de los empleados ya conocía acerca de su patología, por lo tanto, deben continuar su control médico y tratamiento habitual. Se recomienda vincularlos en los programas de vigilancia epidemiológica respectivo.
Las restricciones y recomendaciones puntuales pueden ser consultados en los certificados de aptitud enviados a la empresa.

RECOMENDACIONES GENERALES.

Fomentar la aplicación de vacunas para covid 19 incluida dosis de refuerzo

ANUALMENTE

Anualmente realizar capacitaciones sobre Comportamientos Seguros para Prevención de Incidentes y Accidentes en el Trabajo, así como de Enfermedades Laborales.

Fomentar la realización de las pausas activas osteomusculares y/o visuales por parte de los trabajadores durante su jornada laboral según el cargo desempeñado, acorde con el Sistema de Gestión de SST.

SEMESTRALMENTE

Establecer el programa de vigilancia epidemiológica dirigido a prevenir las patologías del sistema músculo- esquelético originadas por la adopción de posturas inadecuadas.

Realizar capacitaciones periódicas sobre Comportamientos Seguros para Prevención de Incidentes y Accidentes en el Trabajo, así como de Enfermedades Laborales.

Realizar exámenes médicos ocupacionales con profesionales especializados periódicamente, para evaluar los resultados obtenidos con las medidas correctivas establecidas con base en el presente diagnóstico.



Atte.
Angela Maria Jaramillo Correa
ESP SALUD OCUPACIONAL E HIGIENE DEL TRABAJO
63/8444/19

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. Datos de identificación del paciente

FECHA:	22 - Junio - 22
NOMBRE Y APELLIDOS:	Daisi Yuriris González Alzate.
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	51'920210 - Bogtá

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. Antecedentes de salud

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías		X
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. Condiciones de salud actual

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Daisy V. González **# ID:** 51'920210 **FIRMA:** [signature]

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

daisyunangel86 @ Hotmail.com

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3002140558

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. **Datos de identificación del paciente**

FECHA:	22 Junio 2023
NOMBRE Y APELLIDOS:	Jamileth Martinez Cárdenas
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	41927910

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. **Antecedentes de salud**

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias	X	
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias	X	
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías	X	
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. **Condiciones de salud actual**

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento	X	
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Jamileth Martinez **# ID:** 41927910 **FIRMA:**

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

Jamileth0521 @ gmail.com

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 311 644 21 22

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. **Datos de identificación del paciente**

FECHA:	30 DE JUNIO DE 2022
NOMBRE Y APELLIDOS:	ANDRÉS HERNÁN OCAMPO ROMERO
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	C.C. 80.232.852

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. **Antecedentes de salud**

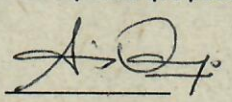
¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias	X	
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías	X	
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. **Condiciones de salud actual**

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: ANDRÉS HERNÁN OCAMPO R. **# ID:** 80.232.852 **FIRMA:** 

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

andresocamporomero @ gmail.com

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3103767544

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. Datos de identificación del paciente

FECHA:	30 Junio de 2022
NOMBRE Y APELLIDOS:	William ALEXANDER SILVA PINEDA
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	109-933148 CC.

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. Antecedentes de salud

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías	X	
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. Condiciones de salud actual

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: William SILVA PINEDA **# ID:** 1092933148 **FIRMA:** 

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

AbogadoALEXANDERSILVAPINEDA@GMAIL.COM

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3137941841.

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. **Datos de identificación del paciente**

FECHA:	30 Junio 2022
NOMBRE Y APELLIDOS:	Valentina Giraldo Cedeño
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	1094950955

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. **Antecedentes de salud**

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías		X
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. **Condiciones de salud actual**

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Valentina Giraldo Cedeño **# ID:** 1094950955 **FIRMA:** Valentina Giraldo

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

valengiraldoc@gmail.com @ _____

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3178310378

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. **Datos de identificación del paciente**

FECHA:	30/06/2022
NOMBRE Y APELLIDOS:	Leidy Johanna Bolívar Gutiérrez
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	CC 24'587.327

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. **Antecedentes de salud**

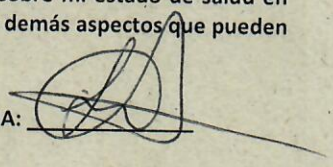
¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías	X	
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		

2. **Condiciones de salud actual**

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición	X	
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Leidy Johanna Bolívar G **# ID:** 24587.327 **FIRMA:** 

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

missbolivar@yahoo.es @ _____

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 310 284 02 65

Rama judicial

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. Datos de identificación del paciente

FECHA:	01 de junio de 2022
NOMBRE Y APELLIDOS:	Diana Marcela Palacio Cuadrado
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	CC. 1094949644

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. Antecedentes de salud

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías	X	
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. Condiciones de salud actual

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Diana Marcela Palacio Cuadrado **# ID:** 1094949644 **FIRMA:** Diana Palacio C

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

dimapacu@hotmail.com

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3142749971

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. Datos de identificación del paciente

FECHA:	02-06-2022
NOMBRE Y APELLIDOS:	Diego felipe Vanegas Herrera
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	CC 1094921466

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. Antecedentes de salud

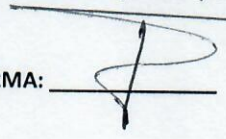
¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia	X	
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías		X
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. Condiciones de salud actual

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Diego felipe Vanegas H **# ID:** 1094921466 **FIRMA:** 

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

diego9714 @ hotmail.com

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 315 8329328

Rama Judicial

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. Datos de identificación del paciente

FECHA:	2 Junio 2022
NOMBRE Y APELLIDOS:	Maria Alejandra León Bernal
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	7094970465 C.C

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. Antecedentes de salud

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia	X	
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados	X	
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías		X
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. Condiciones de salud actual

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición	X	
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Maria Alejandra León Bernal **# ID:** 7094970465 **FIRMA:** Aleja León

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

maria leon bernal@gmail.com @ _____

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3704477566

Rama judicial

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL	Código: FOR-PS-001
		Versión: 04
		Vigencia: 2021-07-21
		Página 1 de 1

1. **Datos de identificación del paciente**

FECHA:	03-06-22
NOMBRE Y APELLIDOS:	Adriana Cervantes Alomia.
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	cc/ 30742638.

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. **Antecedentes de salud**

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias	X	
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia	X	
Anemias	X	
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral	X	
Enfermedades de la Piel	X	
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres	X	
Enfermedades Genitourinarias	X	
Fracturas, Cirugías		X
Alergias	X	
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. **Condiciones de salud actual**

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios	X	
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo	X	
Trastorno del Sueño	X	
Alteraciones en la Visión o la Audición	X	
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea	X	
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades	X	

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia médico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Adriana A. **# ID:** 30742638. **FIRMA:** Adriana Cervantes.

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

nanacer2012@gmail.com

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3154100297.

Rama judicial

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL	Código: FOR-PS-001
		Versión: 04
		Vigencia: 2021-07-21
		Página 1 de 1

1. **Datos de identificación del paciente**

FECHA: 6-JUNIO-2022
NOMBRE Y APELLIDOS: GLORIA TATIANA LOZANO CASIRO.
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO: 41957631

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. **Antecedentes de salud**

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías		X
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. **Condiciones de salud actual**

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: GLORIA TATIANA LOZANO C. **# ID:** 41.957.631 **FIRMA:**

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

tatianalozano@outlook.com.

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3148786749.

Para judicial

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. Datos de identificación del paciente

FECHA:	junio 11 de 2022.
NOMBRE Y APELLIDOS:	Ana Lucia Garcia Avila
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	CC. 41.945.161.

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. Antecedentes de salud

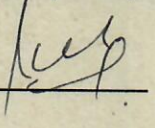
¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías	X	X
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. Condiciones de salud actual

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Ana Lucia Garcia Avila **# ID:** 41945161 **FIRMA:** 

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

analuciaparciaa @ hotmail.com.

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3206729889.

Rama judicial

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. Datos de identificación del paciente

FECHA:	Junio 21- 2022
NOMBRE Y APELLIDOS:	Sonia Maya García
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	CC. 41.917.656

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. Antecedentes de salud

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia	X	
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados	X	
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías	X	
Alergias	X	
Quemaduras		X
Otras enfermedades	X	

2. Condiciones de salud actual

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento	X	
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Sonia Maya García **# ID:** 41.917.656 **FIRMA:**

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

Somaylon @ hotmail.com.

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3122799693

Rama Judicial

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. Datos de identificación del paciente

FECHA:	
NOMBRE Y APELLIDOS:	Juan Pablo García Mora
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	4.377.953

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. Antecedentes de salud

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías	X	
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. Condiciones de salud actual

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea	X	
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Pablo García Mora **# ID:** 4.377.953 **FIRMA:**

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

juanpagarciamora@gmail.com (juanpagarciamora@gmail.com

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 318 715 8328

Rama judicial

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. **Datos de identificación del paciente**

FECHA:	1-06-22
NOMBRE Y APELLIDOS:	Cesar A. Villaraga
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	12194073

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. **Antecedentes de salud**

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados	X	
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías	X	
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. **Condiciones de salud actual**

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición	X	
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Cesar A Villarraga **# ID:** 12194073 **FIRMA:**

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónido el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

cavch_0812 @ hotmail.com

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3015785544

Rama judicial

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. Datos de identificación del paciente

FECHA:	13 de Junio de 2022
NOMBRE Y APELLIDOS:	Juan Sebastian Morales Garcia
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	cc 1094900836

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. Antecedentes de salud

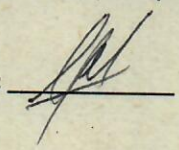
¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia	X	
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías	X	
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. Condiciones de salud actual

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición	X	
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Sebastian Morales **# ID:** 1094900836 **FIRMA:** 

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

sebastianmorales129 @ hotmail.com

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3013378183

Rama judicial

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL	Código: FOR-PS-001
		Versión: 04
		Vigencia: 2021-07-21
		Página 1 de 1

1. **Datos de identificación del paciente**

FECHA:	13 Junio 2022
NOMBRE Y APELLIDOS:	Rodolfo Gomez Tovar
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	C 1097394508

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. **Antecedentes de salud**

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías		X
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. **Condiciones de salud actual**

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Rodolfo Gomez Tovar **# ID:** 1097394508 **FIRMA:**

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

rgomezT @ Cendoj.ramajudicial.gov.co

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3024274622

Rama judicial

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL	Código: FOR-PS-001
		Versión: 04
		Vigencia: 2021-07-21
		Página 1 de 1

1. **Datos de identificación del paciente**

FECHA:	13 Junio 2022
NOMBRE Y APELLIDOS:	Jimmy Alberto Cardozo Hernandez
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	CC - 86066865

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. **Antecedentes de salud**

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías		X
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. **Condiciones de salud actual**

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: JimmyAlbertoCardozo **# ID:** 86066865 **FIRMA:** _____

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

mdexajarm @ cendo.j.ramajudicial.gov.co

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3264196872

Rama judicial

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. **Datos de identificación del paciente**

FECHA: 13/06/2022
NOMBRE Y APELLIDOS: Jenny Marcela Castaño Marín
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO: Cédula Ciudadanía 1094949741

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. **Antecedentes de salud**

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados	X	
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías		X
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades	X	

2. **Condiciones de salud actual**

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades	X	

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Jenny M. Castaño M **# ID:** 1094949741 **FIRMA:** Jenny

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**
Jmcastanom_1@ugurtual.edu.co @ _____

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3134297063

Rama judicial

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. **Datos de identificación del paciente**

FECHA: 14/6/2022
NOMBRE Y APELLIDOS: Juan Pablo Torres Muñoz
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO: CC. 1094.930.481

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. **Antecedentes de salud**

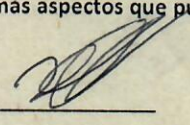
¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías		X
Alergias		X
Quemaduras		X
Otras enfermedades	X	

2. **Condiciones de salud actual**

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Juan Pablo Torres **# ID:** 1.094.930.481 **FIRMA:** 

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**
Jupartomu @ hotmail.com

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3105451996

Rama judicial

	SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL	Código: FOR-PS-001
		Versión: 04
		Vigencia: 2021-07-21
		Página 1 de 1

1. **Datos de identificación del paciente**

FECHA: 14 DE JUNIO DE 2022
NOMBRE Y APELLIDOS: GERARDO AUGUSTO ARCE ARIAS
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO: C.C. 1077463047

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. **Antecedentes de salud**

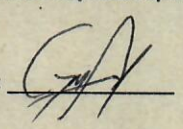
¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		X
Hipertensión Arterial		X
Enfermedades Respiratorias		X
Enfermedades del Corazón		X
Alteración en la visión de colores		X
Trastornos Psiquiátricos		X
Diabetes o Hipoglicemia		X
Anemias		X
Hernias		X
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		X
Dificultad para percibir olores o sonidos		X
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		X
Enfermedades de la Piel		X
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		X
Enfermedades Genitourinarias		X
Fracturas, Cirugías	X	
Alergias	X	
Quemaduras		X
Otras enfermedades		X

2. **Condiciones de salud actual**

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		X
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		X
Trastorno del Sueño		X
Alteraciones en la Visión o la Audición		X
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		X
Consumo de algún Medicamento		X
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		X
Otras enfermedades		X

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: GERARDO AUGUSTO ARCE A **# ID:** 1077463047 **FIRMA:** 

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

abogadogerardoarce @ gmail.com.

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3207639028.

CDC Centro de Diagnóstico Clínico IPS	**SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN AUTO-REPORTE DE CONDICIONES DE SALUD DE MEDICINA LABORAL**	Código: FOR-PS-001 Versión: 04 Vigencia: 2021-07-21 Página 1 de 1

1. Datos de identificación del paciente

FECHA:	14 - JUNIO - 22
NOMBRE Y APELLIDOS:	Diego Fernando Rios Velasquez
TIPO DE DOCUMENTO Y NÚMERO:	1094917448

Por medio del presente documento, se le solicita información general de sus antecedentes de salud, la cual está sujeta a las condiciones de confidencialidad estipuladas en la normatividad vigente y relacionadas con la Historia Clínica.

1. Antecedentes de salud

¿HA PRESENTADO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES DE SALUD?	SI	NO
Accidentes de Trabajo o Enfermedad Laboral Calificada		+
Hipertensión Arterial		+
Enfermedades Respiratorias		+
Enfermedades del Corazón		+
Alteración en la visión de colores		+
Trastornos Psiquiátricos		+
Diabetes o Hipoglicemia		+
Anemias		+
Hernias		+
Temor a las Alturas o Lugares cerrados		+
Dificultad para percibir olores o sonidos		+
Convulsiones, Epilepsia, Vértigo, Derrame Cerebral		+
Enfermedades de la Piel		+
Golpes de Calor, Desmayos, Calambres		+
Enfermedades Genitourinarias		+
Fracturas, Cirugías		+
Alergias		+
Quemaduras		+
Otras enfermedades		+

2. Condiciones de salud actual

ACTUALMENTE PRESENTA SÍNTOMAS RELACIONADOS CON	SI	NO
Enfermedades de los huesos, músculos o nervios		+
Trastorno del Equilibrio, Mareos, Vértigo		+
Trastorno del Sueño		+
Alteraciones en la Visión o la Audición		+
Gastritis, Alteraciones del Colon, Diarrea		+
Consumo de algún Medicamento		+
Consumo de Alcohol o Sustancias Psicoactivas hasta 24 horas antes		+
Otras enfermedades		+

*Certifico que la información consignada en este reporte es verídica y que en este momento no padezco ninguna condición física conocida por mí, que pueda afectar mi desempeño en las tareas a realizar.

***Autorizo por medio de la firma del presente documento a suministrar información a mi empleador sobre mi estado de salud en especial, pero sin limitarse a MI INDICE DE MASA CORPORAL-VISIOMETRIA-RIESGO OSTEOMUSCULAR y demás aspectos que pueden ser relevantes dentro de mi historia medico laboral.**

NOMBRE DEL PACIENTE: Diego Fernando R. **# ID:** 1094917448 **FIRMA:**

DILIGENCIAMIENTO OBLIGATORIO:

***Correo electrónico el cual autoriza para envío de resultados y factura electrónica:**

indesgpm@cendoj @ ramajudicial.gov.co

***Número de teléfono móvil el cual autoriza para envió de resultados:** 3166911127

	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL			Código:	FO-PS-CO-040
				Versión:	1
				Vigencia:	18/05/2022
ITEM	FECHA	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	FIRMA DE RECIBIDO	
1	08-07-22	18396008	Hugo Mario Rojas Roco		
2	08-07-22	89003828	Victor Mario Aquime Vargas		
3	8-07-22	9.727562	Alvaro [illegible]		
4	8-07-2022	9731650	Hugo Fernando Patiño O		
5	9-07-2022	7533476.	Jorge [illegible]		
6	9-07-22	87025812	Darwin Leobal Rivas		
7	9-07-22.	78.241412	Nayor Muñoz Solarte		
8	9-07-22	52.230.649	Leydi Jaramillo Manlanda		
9	9-07-22	93406909	Simón Eduardo Renjifo C		
10	9 07 22	1049682151	Julián Andrés B. Tache Bautista		
11	9-07-22	15.904.796	Alvaro Fernán García Marín		
12	11-07-22	6'001.080	Carlos A. Rodriguez Rojas		
13	11-07-22	79.052.622	JAIME ARTEAGA ESPECS		
14	11-07-2022	41952399	CAROLINA PINTÓN LAOS		
15	12-07-2022	33816670	Liliana M Sabogal B		
16	12-07/2022	36457048	Ingrid Dayana Cubillos V.		
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

CDC IPS	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**			**Código:**	FO-PS-CO-040
				Versión:	1
				Vigencia:	18/05/2022

ITEM	FECHA	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	FIRMA DE RECIBIDO
1	15-06-22	41944834	Jackeline Beltran S.	
2	18.06.22	9.778623	Orlando Valencia Marin.	
3	18.06.22	41-922.723	Sandra P. Dávila Lozano	
4	22-06-22	51'920.210	Daisy Unitis Gonzalez Abate	
5	22-0622	41927910	Jamileth Martinez C	
6	30-06-22	41914064	Nelcy Orjuela Duran	
7	30-06-22	80232852	Andrés Hernán Ocampo Romero	
8	30-06-22	109-933 140	William Alexander Silva Rincon	
9	30/06/2022	1094950955	Valentina Giraldo Cadavid	
10	30/06/2022	24587.327	Laidy Johanna Bolivar G.	
11	1 07 22	41914009	Gloria yenny Muñoz	
12	02-07 22	1094918577	Laura Juliana Giraldo Celis	
13	02-7-22	41939176	Karent Sacha Olive Cabrera Tamayo	
14	02 7-22	41959658	Betsy J Tabares Villarreal.	
15	05-7-22	89006738	Miguel A. Alvarez	
16	06-7-22	Lilian Valencia	[illegible]	
17	06-07-22	7530931	Alfonso Arango Echeverry	
18	07-07-22	1.094.958.799	Alexis Hurtado mora	
19	08/07/22	79963771	Mauricio Meneses B	
20	08/07/22	43839746	Mª Andrea Arango	
21	08/07/22	184910617	Hugo Arboleda Jaramillo	
22	08-07-22	18435093	Francisco Javier Tafur	
23	08-07-22	75556600	Alejandro Giraldo B.	
24	08.07.22	7534.612	Francisco Javier Osorio Quintero	
25	08.07.22	1.094.971.365	Laura Daniela Mendoza Lorduy	

CDC IPS	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL			Código:	FO-PS-CO-040
				Versión:	1
				Vigencia:	18/05/2022

ITEM	FECHA	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	FIRMA DE RECIBIDO
1	06-06-22.	7523144	Carlos Alberto Salazar G.	
2	07-06-22	51.830751	Melba Jannette López Gil	
3	08-06-22	4631794	Timo León Velasco Cruz.	
4	08-06-22	7544177	Juan Carlos Arango C.	
5	09.06.22	41940400	Ana Milena Hernandez M.	
6	09.06.22	10751063	Wadberto Reyes	
7	10-06-22	41886368	CLARA Elisa López Acosta	
8	10-06-22	41928.462	MAGDA DEL S. CUADRADO AREVALO	Magda del S. Cuadrado A.
9	10-06-22	33816783	Zuc Helena Salcedo Ríos	
10	10-06-22	29332778	Dora Lilia Perez	
11	10-06-22	41906948	Blanca Diviana Torres	
12	11-06-22.	41.945.161.	Ana Lucia García Avila	
13	11.06.22	45658450	[illegible]	
14	11-06-2022	41917681	Sonia Maya Garcia	
15	11-06-2022	40.382.081	Mercedes Villamil Mancera	
16	11-06-22	12.194.073	Cesar A. Villarraga	
17	11-06-2022	4.377.953	Juan Pablo García Mora	
18	13-06-2022	1094900836	Juan Sebastian Morales C.	
19	13-6-2022	1097394508	Rodolfo Gomez Toro	
20	13-06-22	86066865	Jimmy Alberto Cardozo Fernandez	
21	13-06-22	1094949741	Jenny Marcela Castaño Martin	
22	13-06-22	41910950	MYRIAM ROZELLO JARAMILLO	
23	14-06-22	1094930481	Juan Pablo Toro M.	
24	14-06-22	18392378	Oscar Ivan Garcia O	
25	14-06-22	1077463047	Cormedo Ance Arenas	
	14-06-22	1094917448	Diego Fdo Rios Velasquez	

	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL			Código:	FO-PS-CO-040
				Versión:	1
				Vigencia:	18/05/2022
ITEM	FECHA	DOCUMENTO	NOMBRE COMPLETO	FIRMA DE RECIBIDO	
1	25-05-2022	1094924285	Sebastian Ospina Taborda	Sebastian Ospina Taborda.	
2	25-05-22	4493976	Nancy S. Cabrera T.		
3	27-05-22	1094935136	Alejandra Buitrago Rodriguez		
4	28-5-22.	1094900375	Juliana Fuentes Ramirez.		
5	31-05-22	9770.358	JUAN FELIPE FERNANDEZ GOMEZ		
6	01-06/22	41900970	Sarahi Londoño	Sara	
7	Jun-01-2022	7.531.262	Leonardo Rivera Vizcaino		
8	~~Gusto~~				
9	01-06-20122	18.385.169	Gustavo Toro Arias		
10	01/06/2022	4.478.048	RUBEN DARIO BERMUDEZ		
11	01-06-2022	41905971	MARTHA ISABEL ARENAS V.		
12	01-06-2022	1094949644	Diana Marcela Palacio Cuadrado	Diana Palacio C	
13	02-06-2022	45257-15	Edilson Rivenos Nicholls		
14	02-06-22	7.531.252	Enrique Guzmán Borel		
15	02-06-22	1094421460	Diego Felipe Vargas Arana		
16	02-06-22	1094970465	Maria Alejandra León Bernal	Alejandra León	
17	03.06.2022	41911082	Julianna Veliz Gomez		
18	03-06-2022	30426338	Cruz Adriana Caicedo Acosta		
19	Junio 3/22	10115227	Juan Pablo Cardona Castaño		
20	03-06-22	1523868	Luis Alberto Velasquez G		
21	04-06-22	4.524.105	Juan Manuel Gonzalez Zarate		
22	06.06.22	41.957.631	GLORIA TATIANA LOZANO CASTRO		
23	6-06-22	9805216	Ribeidario Duque Arcila		
24	6-06-22	18414088	Manuel A. Gutiérrez.		
25	06.06.22	7553187			

Nº	Tipo de Examen Médico	Fecha de realización del Examen	Apellidos	Nombres	UNIDAD
1	I	1/06/2022	PALACIO CUADRADO	DIANA MARCELA	8
2	I	2/06/2022	VALLEJO HERRERA	DIEGO FELIPE	8
3	I	2/06/2022	LEON BERNAL	MARIA ALEJANDR	8
4	P	3/06/2022	CERVANTES ALOMIA	CRUZ ADRIANA	8
5	I	6/06/2022	LOZANO CASTRO	GLORAI TATIANA	8
6	I	11/06/2022	GARCIA AVILA	ANA LUCIA	8
7	I	11/06/2022	MAYA GARCIA	SONIA	8
8	I	11/06/2022	GARCIA MORA	JUAN PABLO	8
9	P	11/06/2022	VILLARRAGA CHAVARRO	CESAR AUGUSTO	8
10	I	13/06/2022	MORALES GARCIA	JUAN SEBASTIAN	8
11	I	13/06/2022	GOMEZ TOVAR	RODOLFO	8
12	I	13/06/2022	CARDOZO HERNANDEZ	JIMMY ALBERTO	8
13	I	13/06/2022	CASTAÑO MARIN	JENNY MARCELA	8
14	I	14/06/2022	TORRES MUÑOZ	JUAN PABLO	8
15	P	14/06/2022	ARCE ARIAS	GERARDO AUGU	8
16	I	14/06/2022	RIOS VELASQUEZ	DIEGO FERNAND	8
17	I	22/06/2022	GONZALEZALZATE	DAISI UNIRIS	2
18	I	22/06/2022	MARTINEZ CARDENAS	JAMILETH DELSO	8
19	I	30/06/2022	OCAMPO ROMERO	ANDRES HERNA	8
20	I	30/06/2022	SILVA PINEDA	WILLIAM ALEXAN	8
21	I	30/06/2022	GIRALDO CEDEÑO	VALENTINA	8
22	I	30/06/2022	BOLIVAR GUTIERREZ	LEIDY JOHANNA	8

IDENTIFICACIÓN

Cédula	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Seccional	Cargo
1094949644	14/06/1995	26	F	SOLTERA	ESPECIALIZA	QUINDIO	OFICIAL MAYOR
1094921460	14/07/1991	30	M	SOLTERO	PROFESIONA	QUINDIO	OFICIAL MAYOR
1094970465	21/09/1998	23	F	SOLETRA	PROGESION	QUINDIO	OFICIAL MAYOR
30742638	30/07/1969	52	F	SEPARDA	PROFESIONA	QUINDIO	JUEZ
41957631	25/07/1983	38	F	CASADA	PROFESIONA	QUINDIO	OFICIAL MAYOR
41945161	24/11/1979	42	F	CASADA	PROFESIONA	QUINDIO	ESCRIBIENTE
41917656	13/10/1969	52	F	SOLETRA	PROFESIONA	QUINDIO	OFICIAL MAYOR
4377953	16/09/1982	39	M	SOLETERO	PROFESIONA	QUINDIO	SECRETARIO
12194073	12/08/1971	50	M	CASADO	PROFESION	QUINDIO	PROFESIONAL UNIVERSITARI
1094900836	29/10/1988	33	M	CASADO	PROFESIONA	QUINDIO	OFICIAL MAYOR
1097394508	18/01/1990	32	M	UNION LIBR	PROFESIONA	QUINDIO	CITADOR GRADIO 3
86066865	5/02/1981	41	M	SOLETERO	PROFESIONA	QUINTADOR	CITADOR GRADIO 4
1094949741	31/05/1995	27	F	SOLETERO	PROFESIONA	QUINDIO	CITADOR MUNICIPAL
1094930481	6/10/1992	29	M	SOLETERO	PROFESIONA	QUINDIO	OFICIAL MAYOR
1077463047	11/05/1994	28	M	SOLTERO	PROFESIOI	QUINDIO	OFICIAL MAYOR
1094917448	5/01/1991	31	M	SOLTERO	PROFESIOI	QUINDIO	CITADOR
51920210	1/11/1968	53	F	VIUDA	TECNICO	QUINDIO	AUXILIAR ADMINSTRATIVO
41927910	16/06/1973	49	F	SEPARADA	PROGESIO	QUINDIO	OFICIAL MAYOR
80232852	16/07/1980	41	M	CASADO	PROFESIOI	QUINDIO	SECRETARIO
1094933148	12/02/1993	29	M	JNION LIBR	PROFESIOI	QUINDIO	OFICIAL MAYOR
1094950955	18/08/1995	26	F	SOLTERA	PROFESIO	QUINDIO	CITADOR GRADO 3
24587327	22/12/1984	36	F	JNION LIBR	PROFESIOI	QUINDIO	CITADOR GRADO 3

Fecha de Ingreso	Antigüedad en la Rama Judicial	Funciones Principales	Entidad Promotora de Salud (E.P.S.)	Fondo de Pensiones (A.F.P.)	Oficios desempeñados anteriormente	Físico
14/02/2022	NA	PROYECCIOI	SURA EPS	PROTECCION		
1/02/2022	NA	PROYECCIOI	SANITAS EPS	COLPENSIONES		
25/01/2022	NA	PROYECCIOI	SURA EPS	PORVENIR		
30 AÑOS	30 AÑOS	EXAMENES I	SANITAS EPS	COLPENSIONES		
1/06/2022	13AÑOS	PROYECCIOI	SURA EPS	COLPENSIONES		
13/06/2022	7AÑOS	ADMINISTRA	SANITAS EPES	PROTECCION		
28/03/2022	23AÑOS	PROYECCIOI	SURA EPS	PROTECCION		
10/05/2022	2 MSES	MANEJO DE	SANITAS	COLPENSIONES		
1/03/2017	5AÑOS	SUTANCIAD	SURA EPS	COLEPENSIONES		
6/03/2022	NO	PROYECCIOI	SURA EPS	COLPENSIONES		
7/03/2022	NO	CITAR, REAL	SANITAS EPS	PORVENIR		
8/06/2022	5AÑOS	CITAR, REAL	SANITAS	PORVENIR		
2/03/2022	NA	CITAR, REAL	SURA EPS	PORVENIR		
17/01/2022	NA	PROYECCIOI	SURA EPS	PORVENIR		
feb-21	2017	PROYECCIOI	SURA EPS	PORVENIR		
9/02/2022	NA	NOTIFICAC	NUEVA EPS	PROTECCION		
16/06/2022	NA	CUADROS I	SALUD TOTA	COLPENSIONES		
28/06/2022	6 AÑOS	PROYECCIOI	SURA EPS	PORVENIR		
15/06/2022	NA	MANEJO DE	NUEVA EPS	COLPENSIONES		
30/06/2022	NA	PROYECCIO	SURA EPS	PORVENIR		
4/07/2022	NA	NOTIFICAC	SANITAS EPS	PORVENIR		
28/06/2022	NA	NOTIFICAC	SURA EPS	COLPENSIONES		

HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL

Factores de Riesgo						
Químico	Físico-Químico	Eléctrico	Ergonómico	Psicolaboral	Publico	Biológico
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X
			X	X	X	X

-						HISTORIA FAMILIAR
Locativo	Mecánicos	Uso de EPP	Actividades Extralaborales	Accidentes de Trabajo	Enfermedad Profesional calificada	Patologías
X		X				HTA
X		X				NIEGA
X		X				DM
X		X				HTA DM
X		X				HT HIPOTIROI
X		X				NIEGA
X		X				DM
X		X				DEPRESION
X		X				DM
X		X				DM IAM
X		X				DMHTA HIPOT
X		X				HIPOTIROIDIS
X		X				DM RIÑONES
X		X				CA COLUMNA
X		X				HNO ASMA
X		X				DM CA ETOG
X		X				IAM
X		X				CA MAMA IAM
X		X				NIEGA
X		X				HTA DM
X		X				HTA CA UTEI
X		X				NIEGA

HISTORIA PERSONAL				HISTORIA GINECOBSTETR		
Antecedentes Personales				Fecha Última Menstruación	G P A V C	Última Citología
1	2	3	4			
MIOPIA				12/05/2022	G0P0	abr-21
HIPOGLICEMIA				NA	NA	NA
HIPOGLICEMI/	MIOPIA			29/05/2022	G0P0	ago-21
RINTIIS				MENOPAUSI	G1P1	2020
NIEGA				29/05/2022	G2C2V2	jul-05
NIEGA				HISTERECTOMI	G1A1P0	2021
FIBROMIALGI/	ASTIGMATIM:	HIPOTIROIDISMO		HISTERECTOMI	G1P1V1	NO RECUERDA
MIOPIA				NA	NA	NA
DM	HTA	OBESIDAD		NA	NA	NA
MIOPIA				NA	NA	NA
OEBSIDAD	MIOPIA	SAHOS		NA	NA	NA
MIOPIA				NA	NA	NA
PTI				4/06/2022	G0P0	NUNCA
CA DE PALADAR				NA	NA	NA
REFRACTIVO				NA	NA	NA
MIOPIA				NA	NA	NA
OBESIDAD				MENOPAUSI	G4P2A2V2	2021
HUA	ANEMIA	REFRACTIVO		12/02/2022	G3A1P2V2	may-22
NIEGA				NA	NA	NA
TRANS REFRACTIVO				NA	NA	NA
TRANS REFRACTIVO				28/06/2022	G0P0	ago-21
TRANS REFRACTIVO				7/06/2022	G1C1V1	2020

ICA	ESTILOS DE VIDA					RE
Método de planificación	Tabaquismo	Toma de Licor	Drogadicción	Ejercicio	Lesiones Deportivas	1
AC IM	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NA	NO	NO	NO	SI	NO	NO
ACO	NO	NO	NO	SI	NO	NO
NA	NO	NO	NO	SI	NO	NO
POMEROY	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NA	NO	NO	NO	SI	NO	NO
NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NA	SI	NO	NO	NO	NO	NO
NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO
ACO	NO	NO	NO	SI	SI (BURSITIS Y	NO
NA	FUMO	SI	NO	SI	NO	NO
NA	NO	SI	NO	SI	SI (DESGARI	NO
NA	NO	SI	NO	NO	NO	NO
NA	NO	NO	NO	NO	NO	NO
POMEROY	NO	NO	NO	NO	NO	NO
NA	SI	NO	NO	NO	NO	NO
NA	NO	NO	NO	SI	NO	NO
DIU	NO	NO	NO	NO	NO	NO
AC IM	NO	NO	NO	NO	NO	NO

EVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema Afectado			Peso	Estatura	I.M.C	Presión Arterial	Pulso	Dominancia
2	3	4						
			73	1,64	27,14	120/80	74	DIESTRA
			64	1,78	20,43	100/60	74	DIESTRO
				1,7				DIESTRA
			71	1,57	28,8	140/100	68	DIESTRA
			60	1,58	24	140/90	68	DIESTRA
								DIESTRA
			64	1,65	23	115/70	84	DIESTRA
			76	1,59	30,06	100/60	102	DIESTRO
			99	1,7	34,2	120/70	60	DIESTRO
			75	1,83	22,15	110/70	74	DIESTRO
			114	1,69	39,9	130/100	102	DIESTRO
			70	1,74	23,12	100/60	76	DIESTRO
			60	1,63	22,58	100/60	66	ZURDO
			88	1,75	28,3	120/70	74	DIESTRO
			72	1,64	26,3	110/70	84	DIESTRO
			71	1,72	24	110/70	74	DIESTRO
			86	1,6	33,5	120/70	78	DIESTR
			78	1,64	29	110/70	78	DIESTRA
			66	1,68	23,3	110/70	74	DIESTRO
			106	1,78	33	130/80	83	DIESTRO
			61	1,6	23,8	120/70	75	DIESTRS
			62	1,62	26,7	120/70	75	DIESTRA

EXAMEN FÍSICO

Estado General	Estado Mental	Cabeza	Cuello	Tórax	Abdomen	Genito-urinario	Osteomuscular
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	PANICUALOA	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	USA LENTES					
NORMAL	STRESS LA	USA LENTE	NORMAL	NORMAL	PANICUALOA	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	USA LENTE	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	GENU VALGO
NORMAL	NORMAL	USA LENTE	NORMAL	NORMAL	PANICUALOA	NORML	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	PANICAULO A	NORMAL	GENU VARO
NORMAL	NORMAL	USA LENTE	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
REGULAR	NORMAL	USA LENTE	CORTO	POLIPNEIC(	GLOBOSO COI	NORMAL	GENU VALGO
NORMAL	NORMAL	USA LENTE	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	GENU VALGO
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	USA LENT	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	USA LENT	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	USA LENT	NORMAL	NORMAL	PA AUMENTA	NORMAL	NORMAL
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	PA AUMENTA	NORMAL	NORMAL

				EXÁMENES DE LABORATORIO		
Columna Vertebral	Marcha	Vascular Periférico	Piel y Faneras	Examen Realizado		
				1	2	3
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL			
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
ESCOLIOSIS	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
LORDOSIS	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
CIGFOSIS	NORMAL	NORMAL	NORMAL			
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
LORDOSIS	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
NORMAL	NORMAL	NORMAL	PETEQUISEN M	OPTOMETRIA		
CIFOSIS	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPYOMETRA		
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
ESCOLIOSIS	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
LORDOSIS	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		
NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL	OPTOMETRIA		

INMUNIZACIONES		DIAGNÓSTICOS				
Vacuna						
1	2	1	2	3	4	5
3 ASTRAZENECA		SOBREPESO	TRANS REFRACTIVO			
1 JANSSEN	1 ASTRAZENE(	HIPOGLICEMIA				
2 PFIZER						
3		HTA ??	DEPRESION	TRANS ADPATATIVO		
3 SINOVAC		LECTURA ELEVADA TA				
4PFIZER		ASTIGMATIM	ESCOLIOSIS			
1 JANSSEN	1 MODERNA	ASTIGMAITM(	OBESIDAD			
2 SINOVAC		OBESIDAD	DM	HIPERMETROPIA		
1 JANSSEN	1 PFIZER	MIOPIA				
1 JANSSEN		OBESIDAD	LECTURA ELE\	MIOPIA		
1 JANSSEN		MIOPIA				
2MODERNA		PTI				
1 JANSSEN	1 ASTRAZENE(	SOBREPESO	TRANS REFRACTIVO			
2ASTRAZEI	1 JANSSEN	SOBREPESO	MIOPIA			
1 JANSSEN	1 PFIZER	MIOPIA				
2 PFIZER		PRESBICIA	OBESIDAD			
2 SINOVAC		HUA	ANEMIA SEC	SOBREPESO	TRAN REFRACTIVO	
1 JANSSEN	1 PFIZER	SANO				
2 JANSSEN		TRANS REFR	OBESIDAD			
2 MODERNA		TRANS REFR	LORDOSIS			
2 ASTRAZENECA		TRANS REFR	SOBREPESO			

RECOMENDACIONES					CONCEPTO MEDICO DE INGRESO / REINTEGRO	
1	2	3	4	5	Concepto	Requiere Reubicación
CONTROL DE I	COTNROL ANUAL POR	OPTOMETRIA			APTO PARA EL CARGO	
RECOMENDACIONES					APTO PARA EL CARGO	
RECOMIENDA	SEGUIMEINTO DE TENSION ARTERIAL					
SEGUIMIENTO TA					APTO PARA EL CARGO CON F	
CONTROL ANAUAL POR OPTOMETRIA					APTO PARA EL CARGO	
CONTROL DE PESO					APTO PARA EL CARGO	
CONTROL DE I	CONTROL	POR OPTOMETRIA ANUAL				
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA					APTO PARA ELCARGO	
RECOMENDA(	VALORACION COMPLETAR \	CONTROL DE PESO			APTOCON RECOMENDACION	
CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA					APTO PARA EL CARGO	
CONTROL	POREPS DE PATOLOGIA CRONICA				APTO PARA ELCARGO	
COTNROL DE I	CONTROL	POR OPTOMETRIA ANUAL			APTO PARA EL CARGO	
COTNROL ANUAL POR OPTOMETRIA						
CONTROL PRIORITARIO OPTOMETRIA					APTO PARA EL CARGO	
CONTROL D	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA				APTO PARA EL CARGO	
CONTROL PO	CONTROL AN	CONTROL DE PESO			APTO PARA EL CARGO	
RECOMENDACIONES GENERALES DE VIDA SALUDABLE					APTO PARA EL CARGO	
CONTROL OF	COTNROL DE PESO				APTO PARA EL CARGO	
CONTROL OF	CONTROOL DE PERIMETRO ABDOMINAL				APTO PARA EL CARGO	
CONTROL OF	CONTROL DE PESO					

CONCEPTO MEDICO PERIÓDICO		CONCEPTO MEDICO DE RETIRO	
Concepto	**Requiere Reubicación**	**Concepto**	**Requiere Reubicación**

APTO CON RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

NES

APTO PARA EL CARGO

CERTIFICACIÓN DE CUSTODIA DE HISTORIAS CLÍNICAS

Según la Resolución 2346 de 2007 y Resolución 839 de 2017 certificamos tener custodia de las historias clínicas sistematizadas realizadas por nuestro personal contratista de medicina laboral.

La retención y conservación de la historia clínica será por un periodo de quince (15) años contados a partir de la fecha de la última atención.

Quienes pueden tener acceso al Expediente de Historias Clínicas, en concordancia con la Resolución 1995 de 1999, Ley 23/81 Art. 34; Decreto 3380/81 Art. 23, se permite informar los diferentes agentes que podrán tener acceso a la historia clínica así:

a. Usuario (Paciente)
b. Las autoridades judiciales y de control, cuando la requieran como medio probatorio para tomar decisiones en las investigaciones que adelantan en ejercicio de sus funciones constitucionales y legales (Art 34, Ley 23/81, Resolución 1995 de 1999).
c. El equipo de salud que interviene en la prestación del servicio tales como servicios de apoyo y/o complementarios, (Art 23, Decreto 3380/81 y Resolución 1995/99).
d. El paciente y los familiares que él expresamente autorice, (Art 38, Ley 23/81, Resolución 1995 de 1999)

Para fines pertinentes se expide certificado en la ciudad de Armenia el día 04 de Abril de 2022 a solicitud de DIRECCIÓN SECCIONAL DE ADMINISTRACION JUDICIAL DE ARMENIA QUINDIO identificado con Nit 800.165.939-0

ANDRES FELIPE ORDOÑEZ BASTIDAS
REPRESENTANTE LEGAL

CDC Centro de Diagnóstico Clínico S.A.S
Nit: 900220827
PBX: 732 9056
E-mail: servicioalcliente@cdcips.co
Armenia - Quindío - Colombia
www.cdcips.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

N°. FEC 965

Representación gráfica de la factura electrónica de venta
RÉGIMEN COMÚN
RESPONSABLES DE IVA
Código Prestador Servicios: 630010096801
Autorretenedor de impuestos de industria y comercio Armenia
Según resolución No 0052 del 29 de Marzo del año 2022

NIT: 900.220.827-2

CUFE: 5a987511d25aaed0bddf0b1072b9f3eb89945e6a24c563a8f0cfcac7b451b953c61009cc6e189db7f93b5e30058f78a9

RES. DIAN Nº 18764016006631 FECHA: 2021-08-05 A 2022-08-05 VIG. 12 MESES AUT. DEL FEC 525 - 1000 POR COMPUTADOR.

Favor abstenerse de practicar retención en la fuente, Pertenecemos al Régimen ZESE. Vigencia Fiscal 2022. Fecha de Constitución 15/05/2008

CLIENTE: DIRECCIÓN SECCIONAL DE ADMINISTRACION JUDICIAL DE ARMENIA QUINDIO
NIT: 800.165.939-0
DIRECCIÓN: CLL 12 # 20 - 63 ED PALACIO DE JUSTICIA
CIUDAD: Armenia
TELÉFONO: 7414713

FECHA DE FACTURA	FECHA DE VENCIMIENTO
2022-07-15	2022-07-29

CONDICIONES DE PAGO
Crédito

PERIODO FACTURADO	
2022-06-01	2022-06-30

CUPS	Descripción	Cant.	Precio Unitario	Valor Total	IVA%
220622283525	DAYSI UNIRIS GONZALES ALZATE	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%

#$27-01-08-019. ID del Contrato CO1.SLCNTR.8384104, Contrato de prestación de servicios N°02 de 2022. dfernanlo@cendoj.ramajudicial.gov.co. Unidad 2 #$

MÉTODO DE PAGO:

MONEDA: **COP**

VALOR EN LETRAS:

TREINTA MIL SETENTA Y SEIS PESOS M/CTE

Subtotal	**$30,076.00**
(-) Iva	$0.00
(-) Abono	$0.00
(-) Descuento	$0.00
(-) Copago/Moderadora	$0.00
TOTAL A PAGAR	$30,076.00

En caso de mora se causarán intereses comerciales sin perjuicio de las acciones legales del acreedor, se hace constar que la firma de una persona distinta del comprador implica que dicha esté autorizada expresamente por el comprador, confesar la cédula y obligar al comprador.

Fecha y Hora de Elaboración	Elaborado por:
2022-07-15 15:33:47	**claudia.rayo**

Favor consignar en la Cta Cte N°. 138069999256 Banco Davivienda a nombre de CDC Centro de Diagnóstico Clínico S.A.S., y enviar soporte de pago al correo contabilidad@cdcips.com

Firma y Cédula

Recibí a satisfacción la entrega real y material de los servicios de que trata esta factura y acepto el valor estipulado por la misma.

Software de Administración Médica "SAM" V.1.1.® - www.gatolococstudios.com® - Gato Loco Studios SAS Nit: 900.698.997-8

CDC Centro de Diagnóstico Clínico S.A.S
Nit: 900220827
PBX: 732 9056
E-mail: servicioalcliente@cdcips.co
Armenia - Quindío - Colombia
www.cdcips.com

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA

N°. FEC 966

Representación gráfica de la factura electrónica de venta
RÉGIMEN COMÚN
RESPONSABLES DE IVA
Código Prestador Servicios: 630010096801
Autorretenedor de impuestos de industria y comercio Armenia
Según resolución No 0052 del 29 de Marzo del año 2022

NIT: 900.220.827-2

CUFE: a9750929e850bf1b5fcea99ee98c6a31a98edd5a01c620e8f7e97db64baa44bfd6d01fbabcea77ad494d105e6b74d757

RES. DIAN Nº 18764016006631 FECHA: 2021-08-05 A 2022-08-05 VIG. 12 MESES AUT. DEL FEC 525 - 1000 POR COMPUTADOR.

Favor abstenerse de practicar retención en la fuente, Pertenecemos al Régimen ZESE. Vigencia Fiscal 2022. Fecha de Constitución 15/05/2008

CLIENTE: DIRECCIÓN SECCIONAL DE ADMINISTRACION JUDICIAL DE ARMENIA QUINDIO
NIT: 800.165.939-0
DIRECCIÓN: CLL 12 # 20 - 63 ED PALACIO DE JUSTICIA
CIUDAD: Armenia
TELÉFONO: 7414713

FECHA DE FACTURA	FECHA DE VENCIMIENTO
2022-07-15	2022-07-29
CONDICIONES DE PAGO	
Crédito	
PERIODO FACTURADO	
2022-06-01	2022-06-30

CUPS	Descripción	Cant.	Precio Unitario	Valor Total	IVA%
220601283540	DIANA MARCELA PALACIO CUADRADO	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220602283530	DIEGO FELIPE VALLEJO	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220602283533	MARIA ALEJANDRA LEON BERNAL	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220603283515	CRUZ ADRIANA CERVANTES ALOMIA	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220606283508	GLORIA TATIANA LOZANO CASTRO	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220611283508	ANA LUCIA GARCIA AVILA	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220611283511	SONIA MAYA GARCIA	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220611283521	JUAN PABLO GARCIA MORA	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220611283522	CESAR AUGUSTO VILLARAGA CHAVARRO	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220613283508	JUAN SEBASTIAN MORALES GARCIA	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220613283525	RODOLFO GOMEZ TOVAR	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220613283530	JIMMY ALBERTO CARDOZO HERNANDEZ	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220613283536	YENNI MARCELA CASTAÑO	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220614283512	JUAN PABLO TORRES	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220614283533	GERARDO AUGUSTO ARCE ARIAS	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220614283537	DIEGO FERNANDO RIOS VELASQUEZ	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220622283537	JAMILETH DEL SOCORRO MARTINEZ CARDENAS	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220630283530	ANDRES HERNAN OCAMPO ROMERO	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220630283539	WILLIAM ALEXANDER SILVA	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220630283542	VALENTINA GIRALDO CEDEÑO	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%
220630283545	LEIDY JOHANNA BOLIVAR GUTIERREZ	1	$30,076.00	$30,076.00	0.00%

#$27-01-08-019. ID del Contrato CO1.SLCNTR.8384104, Contrato de prestación de servicios N°08 de 2022. dfernanlo@cendoj.ramajudicial.gov.co. Unidad 8 #$

MÉTODO DE PAGO:
MONEDA: **COP**

Subtotal	**$631,596.00**
(-) Iva	$0.00
(-) Abono	$0.00
(-) Descuento	$0.00
(-) Copago/Moderadora	$0.00
TOTAL A PAGAR	$631,596.00

VALOR EN LETRAS:
SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/CTE

VIGILADO Supersalud
Línea de Atención al Usuario 6500870 - Bogotá, D.C.
Línea Gratuita Nacional: 01800091083

En caso de mora se causarán intereses comerciales sin perjuicio de las acciones legales del acreedor, se hace constar que la firma de una persona distinta del comprador implica que dicha esté autorizada expresamente por el comprador, confesar la cédula y obligar al comprador.

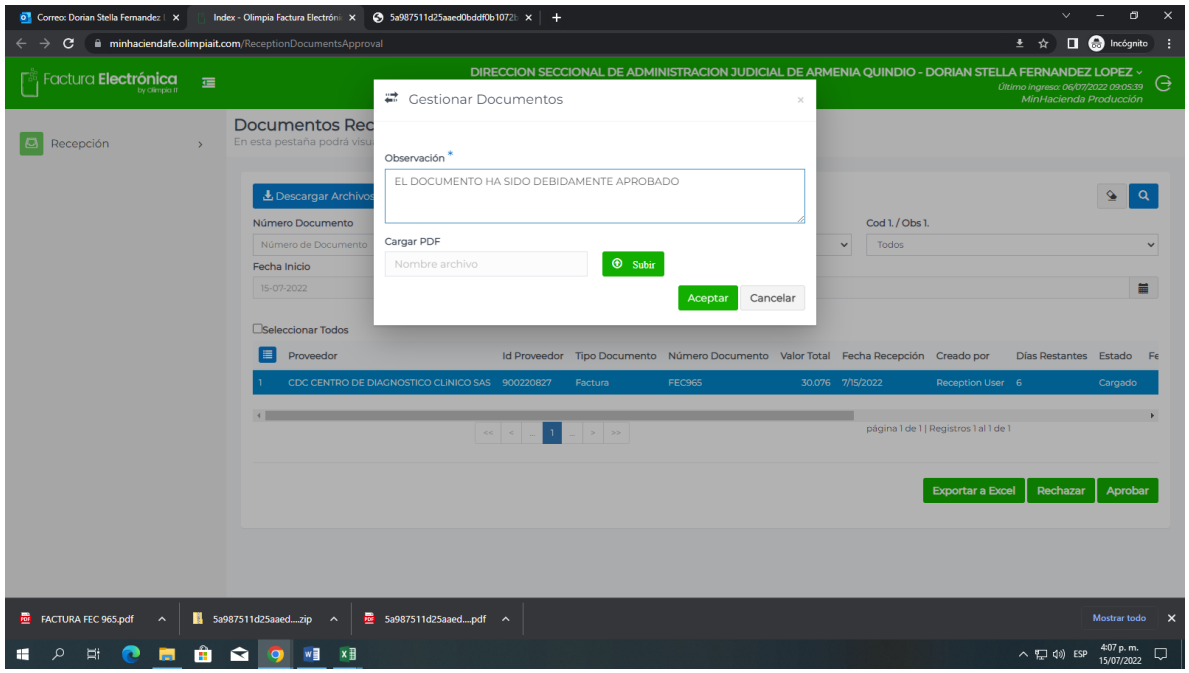
Fecha y Hora de Elaboración	Elaborado por:
2022-07-15 16:35:48	**claudia.rayo**

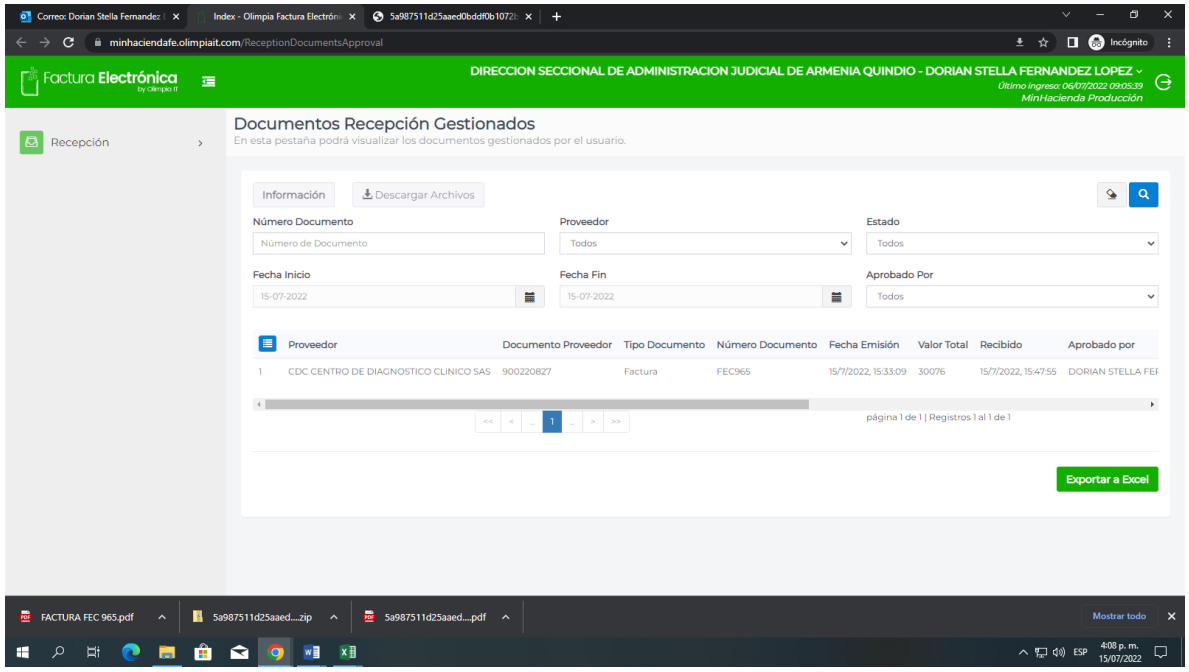
Favor consignar en la Cta Cte N°. 138069999256 Banco Davivienda a nombre de CDC Centro de Diagnóstico Clínico S.A.S., y enviar soporte de pago al correo contabilidad@cdcips.com

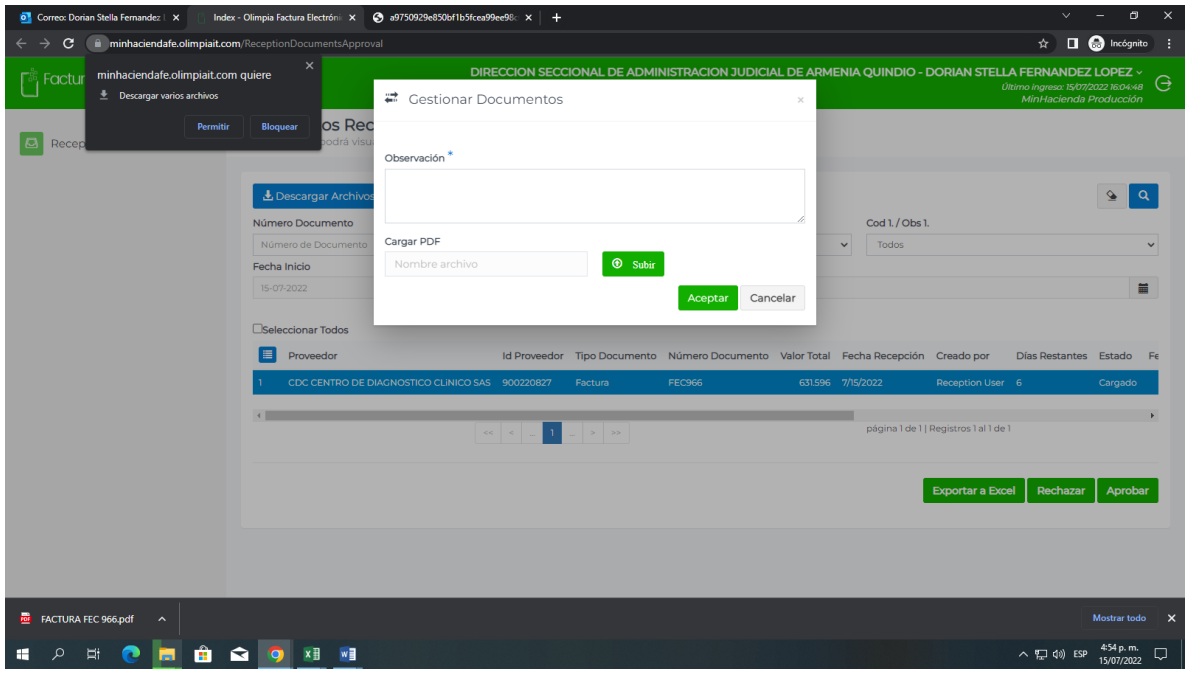
Firma y Cédula

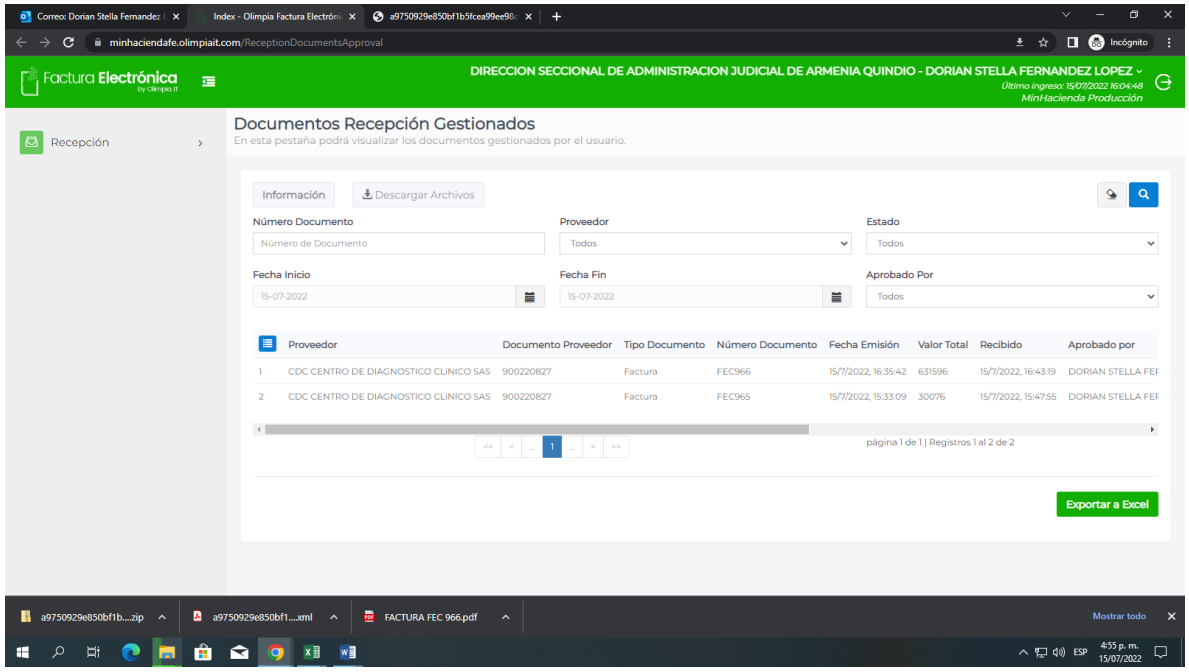
Recibí a satisfacción la entrega real y material de los servicios de que trata esta factura y acepto el valor estipulado por la misma.

Software de Administración Médica "SAM" V.1.1.® - www.gatolococstudios.com® - Gato Loco Studios SAS Nit: 900.698.997-8


Factura Electrónica
DIRECCION SECCIONAL DE ADMINISTRACION JUDICIAL DE ARMENIA QUINDIO - DORIAN STELLA FERNANDEZ LOPEZ
Gestionar Documentos
Observación *
EL DOCUMENTO HA SIDO DEBIDAMENTE APROBADO
Cargar PDF
Nombre archivo
Subir
Aceptar
Cancelar
Recepción
Documentos Rec
Descargar Archivos
Número Documento
Fecha Inicio
15-07-2022
Cod 1. / Obs 1.
Todos
Seleccionar Todos
Proveedor
Id Proveedor
Tipo Documento
Número Documento
Valor Total
Fecha Recepción
Creado por
Días Restantes
Estado
1
CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS
900220827
Factura
FEC965
30.076
7/15/2022
Reception User
6
Cargado
página 1 de 1 | Registros 1 al 1 de 1
Exportar a Excel
Rechazar
Aprobar
FACTURA FEC 965.pdf
5a987511d25aaed....zip
5a987511d25aaed....pdf
Mostrar todo
ESP
4:07 p. m.
15/07/2022


Factura Electrónica
DIRECCION SECCIONAL DE ADMINISTRACION JUDICIAL DE ARMENIA QUINDIO - DORIAN STELLA FERNANDEZ LOPEZ
Recepción
Documentos Recepción Gestionados
En esta pestaña podrá visualizar los documentos gestionados por el usuario.
Información
Descargar Archivos
Número Documento
Número de Documento
Proveedor
Todos
Estado
Todos
Fecha Inicio
15-07-2022
Fecha Fin
15-07-2022
Aprobado Por
Todos
Proveedor
Documento Proveedor
Tipo Documento
Número Documento
Fecha Emisión
Valor Total
Recibido
Aprobado por
1
CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS
900220827
Factura
FEC965
15/7/2022, 15:33:09
30076
15/7/2022, 15:47:55
DORIAN STELLA FEI
página 1 de 1 | Registros 1 al 1 de 1
Exportar a Excel
FACTURA FEC 965.pdf
5a987511d25aaed....zip
5a987511d25aaed....pdf
Mostrar todo
ESP
4:08 p. m.
15/07/2022


minhaciendafe.olimpiait.com/ReceptionDocumentsApproval
minhaciendafe.olimpiait.com quiere
Descargar varios archivos
Permitir
Bloquear
DIRECCION SECCIONAL DE ADMINISTRACION JUDICIAL DE ARMENIA QUINDIO - DORIAN STELLA FERNANDEZ LOPEZ
Último ingreso: 15/07/2022 16:04:48
MinHacienda Producción
Gestionar Documentos
Observación *
Cargar PDF
Nombre archivo
Subir
Aceptar
Cancelar
Descargar Archivos
Número Documento
Número de Documento
Fecha Inicio
15-07-2022
Cod 1. / Obs 1.
Todos
Seleccionar Todos
Proveedor
Id Proveedor
Tipo Documento
Número Documento
Valor Total
Fecha Recepción
Creado por
Días Restantes
Estado
1
CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS
900220827
Factura
FEC966
631.596
7/15/2022
Reception User
6
Cargado
página 1 de 1 | Registros 1 al 1 de 1
Exportar a Excel
Rechazar
Aprobar
FACTURA FEC 966.pdf
Mostrar todo
ESP
4:54 p. m.
15/07/2022


minhaciendafe.olimpiait.com/ReceptionDocumentsApproval
Factura Electrónica
by Olimpia IT
DIRECCION SECCIONAL DE ADMINISTRACION JUDICIAL DE ARMENIA QUINDIO - DORIAN STELLA FERNANDEZ LOPEZ
Último ingreso: 15/07/2022 16:04:48
MinHacienda Producción
Recepción
Documentos Recepción Gestionados
En esta pestaña podrá visualizar los documentos gestionados por el usuario.
Información
Descargar Archivos
Número Documento
Número de Documento
Proveedor
Todos
Estado
Todos
Fecha Inicio
15-07-2022
Fecha Fin
15-07-2022
Aprobado Por
Todos
Proveedor
Documento Proveedor
Tipo Documento
Número Documento
Fecha Emisión
Valor Total
Recibido
Aprobado por
1
CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS
900220827
Factura
FEC966
15/7/2022, 16:35:42
631596
15/7/2022, 16:43:19
DORIAN STELLA FEF
2
CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS
900220827
Factura
FEC965
15/7/2022, 15:33:09
30076
15/7/2022, 15:47:55
DORIAN STELLA FEF
página 1 de 1 | Registros 1 al 2 de 2
Exportar a Excel
a9750929e850bf1b....zip
a9750929e850bf1....xml
FACTURA FEC 966.pdf
Mostrar todo
ESP
4:55 p. m.
15/07/2022

LA SUSCRITA SUPERVISORA DEL "CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 08 DE 2022"

CERTIFICA

Que las Facturas de Venta FEC 965 por valor de $30.076 y FEC 966 por valor de $631.596 expedidas el 15 de julio de 2022, por el Contratista **CENTRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO IPS**, correspondiente a las valoraciones médicas ocupacionales practicadas a los servidores judiciales durante el mes de junio de 2022, y sus respectivos anexos, dan cumplimiento a las obligaciones contenidas en el Contrato de Prestación de Servicios N° 08 de 2022; en tal virtud, procede autorizar e iniciar el trámite de pago respectivo, así:

Resumen Valoraciones Médicas Ocupacionales Junio 2022				
Descripción	**Unidad 8**	**Valor**	**Unidad 2**	**Valor**
Ingreso básico con énfasis osteomuscular, Optometría, Audiometría, Psicotécnicas para Jueces y Magistrados.	**0**	**0**	0	0
Ingreso	**18**	**$30.076.oo**	**1**	**$30.076.oo**
Periódicos	**3**	**$30.076.oo**	0	0
Retiro	**0**	**0**	0	0
Pos-incapacidad	**0**	**0**	0	0
Total por unidades	**$631.596**		**$30.076.oo**	

Adjunto los siguientes documentos: Facturas de Venta FEC 965 por valor de $30.076 y FEC 966 por valor de $631.596 expedidas el 15 de julio de 2022, pantallazo aprobación de las facturas, Certificado de Antecedentes Disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del contratista y el representante legal, Certificado de Antecedentes Fiscales de la Contraloría General de la República del contratista y el representante legal, Certificado de Antecedentes Judiciales y Sistema de Registro de Medidas Correctivas de la Policía Nacional, Planillas de pago al Sistema General de Salud, planilla de pensión del mes de junio de 2022 y de salud del mes de julio de 2022, Certificación expedida el 8 de julio de 2022, por el Revisor Fiscal del CENTRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO IPS, Orlando Sánchez López acreditando el pago de parafiscales, riesgos laborales, salud y pensión, Certificación de la Junta Central de Contadores del 30 de junio de 2022, en la cual consta que el Contador Orlando Sánchez López, no registra antecedentes disciplinarios, cédula y tarjeta profesional del contador, base de datos que contiene relación discriminada de las valoraciones realizadas, consentimientos informados suscritos por los servidores judiciales, planillas suscrita por los servidores al recibir certificado médico, informe de condiciones de salud, certificación custodia de historias clínicas, informe supervisión y balance financiero .

Para constancia se suscribe el día 15 de julio de 2022.



DORIÁN STELLA FERNÁNDEZ-LÓPEZ
Coordinadora SG-SST

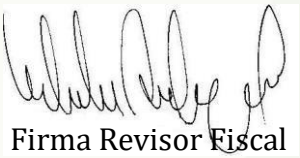
CERTIFICADO DE PAGO DE LOS APORTES A LA SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Armenia, 2022-07-08

CERTIFICACION PAGO SEGURIDAD SOCIAL

Certifico que la sociedad **CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS** con NIT **900.220.827-2** ha cumplido con las obligaciones del pago de los aportes de sus empleados por el mes de junio 2022, a los sistemas de salud, riesgos profesionales, pensiones y aportes a las Cajas de Compensación Familiar, de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

Atentamente,



Firma Revisor Fiscal
Nombre **ORLANDO SÁNCHEZ LÓPEZ**
Numero tarjeta profesional **12787-T**


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 7.535.188
SANCHEZ LOPEZ
APELLIDOS
ORLANDO
NOMBRES
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 11-FEB-1958
APIA
(RISARALDA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
04-MAY-1979 ARMENIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
A-2600100-00209425-M-0007535188-20100118
0020004428A 1
4160598936

República de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

12787-T



ORLANDO
SANCHEZ LOPEZ
C.C. 7535188
RES. INSCRIPCION 947 DEL 13/06/1985
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

288685 20306

Identificación Plástica S.A. 180142/0135

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

860F78924AFFA0C6

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ORLANDO SANCHEZ LOPEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 7535188 de ARMENIA (QUINDIO) Y Tarjeta Profesional No 12787-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 30 días del mes de Junio de 2022 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900220827	2	CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8691	Jurídica

MUN-DEP	DIRECCIÓN	TELÉFONO	EMAIL	EXENTO DE PARAFISCALES
63-1	CALLE 17N 11 70 PISO 4	7329056	RECURSOSHUMANOS@CDCIPS.COM	S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-06	2022-07	23705912	E	2022-07-07	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	50.770.800	0	BBVA COLOMBIA S.A.

Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA
86	23705912	2022-07-08	Pagada

EMPLEADO					NOVEDADES																DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
1	CC 4377898	RODRIGUEZ FRANCO JUAN HARVEY	1.425.870	F																0			21	21	21	21	PORVENIR-230301	998.109	159.700	0	0	EPS SURA-EPS010	998.109	40.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.378.341	55.200	998.109	24.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	279.300	S
2	CC 4377898	RODRIGUEZ FRANCO JUAN HARVEY	1.425.870	F													X			0			9	9	9	9	PORVENIR-230301	427.761	68.500	0	0	EPS SURA-EPS010	427.761	17.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	427.761	17.200	427.761	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	102.900	S
3	CC 7558791	SALCEDO RODRIGUEZ GUSTAVO ADOLFO	712.935	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.000.000	160.000	0	0	EPS SURA-EPS010	1.000.000	40.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	712.936	28.600	1.000.000	24.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	253.000	S
4	CC 7561234	GIL CORTES JOHN JAIVER	1.121.304	F											X					0			2	2	2	2	PROTECCION-230201	74.755	12.000	0	0	EPS SURA-EPS010	74.755	3.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	0	0	74.755	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	15.000	S
5	CC 7561234	GIL CORTES JOHN JAIVER	1.121.304	F																0			28	28	28	28	PROTECCION-230201	1.121.305	179.500	0	0	EPS SURA-EPS010	1.121.305	44.900	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.121.305	44.900	1.121.305	48.800	0,04350	0	0	0	0	0	01	0	318.100	S
6	CC 9739168	HERRAN DIAZ YEIMER	1.121.304	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.121.304	179.500	0	0	ESSC ASMET SALUD-ESSC62	1.121.304	44.900	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.121.304	44.900	1.121.304	48.800	0,04350	0	0	0	0	0	01	0	318.100	S
7	CC 11221568	TORRES CARMONA ORLANDO DE JESUS	3.379.840	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	3.379.840	540.800	0	0	EPS SURA-EPS010	3.379.840	135.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	3.379.840	135.200	3.379.840	82.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	893.600	S
8	CC 22464855	LOZANO OVALLE MARIA JOSE	2.253.226	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.253.226	360.600	0	0	EPS SURA-EPS010	2.253.226	90.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.253.226	90.200	2.253.226	54.900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	595.900	S
9	CC 24853423	RAYO GIRALDO CLAUDIA MARCELA	1.200.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.200.000	192.000	0	0	EPS SURA-EPS010	1.200.000	48.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.200.000	48.000	1.200.000	29.300	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	317.300	S
10	CC 25025735	DAMELINES FLOREZ ANGELA MARIA	2.478.201	F										X						0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.643.415	423.000	0	0	EPS SURA-EPS010	2.643.415	105.800	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.643.415	105.800	2.643.415	64.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	699.000	S
11	CC 30235741	CASTRILLON VALENCIA NATALIA KATERINE	1.584.300	V																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.584.300	253.500	0	0	EPS SURA-EPS010	1.584.300	63.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.584.300	63.400	1.584.300	38.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	418.900	S
12	CC 30310677	OSORIO GOMEZ OLGA ISABEL	2.478.201	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.478.202	396.600	0	0	EPS SURA-EPS010	2.478.202	99.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.478.202	99.200	2.478.202	60.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	655.400	S
13	CC 41895208	SANCHEZ DUQUE LUZ HELENA	787.714	F																0			21	21	21	21	COLPENSION ES-25-14	700.000	112.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	700.000	28.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	551.400	22.100	700.000	17.100	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	179.200	S
14	CC 41895208	SANCHEZ DUQUE LUZ HELENA	787.714	F													L			0			1	1	1	1	COLPENSION ES-25-14	33.334	5.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	33.334	1.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	33.334	1.400	33.334	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	8.200	S
15	CC 41895208	SANCHEZ DUQUE LUZ HELENA	787.714	F													X			0			8	8	8	8	COLPENSION ES-25-14	266.667	42.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	266.667	10.700	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	262.570	10.600	266.667	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	64.000	S
16	CC 41898790	HENAO LONDOÑO LUZ ELENA	12.458.935	F																0			26	26	26	26	PROTECCION-230201	10.797.744	1.727.700	54.000	54.000	EPS SURA-EPS010	10.797.744	1.349.800	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	10.797.743	432.000	10.797.744	263.100	0,02436	10.797.743	216.000	324.000	0	0	01	0	4.420.600	N
17	CC 41898790	HENAO LONDOÑO LUZ ELENA	12.458.935	F													X			0			4	4	4	4	PROTECCION-230201	1.328.953	212.700	6.700	6.700	EPS SURA-EPS010	1.328.953	166.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.661.188	66.500	1.328.953	0	0,00000	1.661.188	33.300	49.900	0	0	01	0	542.000	N
18	CC 41915713	ORREGO GOMEZ SANDRA PATRICIA	1.050.285	F													L			0			2	2	2	2	COLPENSION ES-25-14	70.018	11.300	0	0	SANITAS-EPS005	70.018	2.900	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	70.019	2.900	70.018	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	17.100	S
19	CC 41915713	ORREGO GOMEZ SANDRA PATRICIA	1.050.285	F																0			28	28	28	28	COLPENSION ES-25-14	980.267	156.900	0	0	SANITAS-EPS005	980.267	39.300	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	980.267	39.300	980.267	23.900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	259.400	S
20	CC 41916351	TABARES TORRES ADRIANA PATRICIA	1.050.285	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.050.286	168.100	0	0	SANITAS-EPS005	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
21	CC 41926508	MUÑOZ LONDOÑO LESLI JAZMIN	1.000.014	F										X						0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.066.683	170.700	0	0	SOS-EPS-EPS018	1.066.683	42.700	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.066.683	42.700	1.066.683	26.000	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	282.100	S
22	CC 41926802	SANCHEZ TRIANA EDILMA	1.000.014	F										X						0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.066.682	170.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.066.682	42.700	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.066.682	42.700	1.066.682	26.000	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	282.100	S
23	CC 41933033	JARAMILLO CORREA ANGELA MARIA	4.013.560	F													L			0			7	7	7	7	COLPENSION ES-25-14	936.498	149.900	4.700	4.700	SANITAS-EPS005	936.498	37.500	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	936.498	37.500	936.498	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	234.300	S

EMPLEADO					NOVEDADES																	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
24	CC 41933033	JARAMILLO CORREA ANGELA MARIA	4.013.560	F																0			23	23	23	23	COLPENSIONES-25-14	3.077.064	492.400	15.400	15.400	SANITAS-EPS005	3.077.064	123.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	3.077.063	123.100	3.077.064	75.000	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	844.400	S
25	CC 41941227	GONZALEZ BARBOSA CLAUDIA YAMILE	1.584.300	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.584.300	253.500	0	0	EPS SURA-EPS010	1.584.300	63.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.584.300	63.400	1.584.300	38.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	418.900	S
26	CC 41949496	PINEDA CARO YASMINE ANDREA	1.631.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.631.000	261.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.631.000	65.300	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.631.000	65.300	1.631.000	39.800	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	431.400	S
27	CC 41951853	GARCIA HENAO SANDRA LORENA	1.000.014	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.000.014	160.100	0	0	EPS SURA-EPS010	1.000.014	40.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.000.014	40.100	1.000.014	24.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	264.700	S
28	CC 41958704	CORREA OROZCO ZULELLY	1.050.285	F																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.050.286	168.100	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	5.500	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	257.800	S
29	CC 41960819	MARIN ROJAS LORENA	3.379.840	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	3.379.840	540.800	0	0	SANITAS-EPS005	3.379.840	135.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	3.379.840	135.200	3.379.840	82.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	893.600	S
30	CC 46353481	DAMELINES ROJAS MARCELA ADRIANA	2.957.360	F							X									0			0	30	30	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	SANITAS-EPS005	2.957.360	118.300	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.957.360	118.300	2.957.360	72.100	0,02436	0	0	0	0	0	01	1	308.700	S
31	CC 51826340	ARIAS VELASQUEZ ROSARITO	8.238.999	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	8.239.000	1.318.300	41.200	41.200	EPS SURA-EPS010	8.239.000	329.600	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	8.239.000	329.600	8.239.000	200.800	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	2.260.700	S
32	CC 52388232	RUEDA MARTINEZ TATIANA	15.238.896	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	15.238.896	2.438.300	76.200	76.200	EPS SURA-EPS010	15.238.896	1.904.900	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	22.858.344	914.400	15.238.896	371.300	0,02436	22.858.344	457.200	685.800	0	0	01	0	6.924.300	N
33	CC 52491783	WALTEROS ALVAREZ OLGA LUCIA	2.600.000	F													L			0			2	2	2	2	COLPENSIONES-25-14	173.332	27.800	0	0	SANITAS-EPS005	173.332	7.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	173.334	7.000	173.332	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	41.800	S
34	CC 52491783	WALTEROS ALVAREZ OLGA LUCIA	2.600.000	F																0			28	28	28	28	COLPENSIONES-25-14	2.426.668	388.300	0	0	SANITAS-EPS005	2.426.668	97.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.426.667	97.100	2.426.668	59.200	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	641.700	S
35	CC 53115396	ZUÑIGA DIAZ BETTY CAROLINA	2.478.201	F																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	2.478.202	396.600	0	0	SANITAS-EPS005	2.478.202	99.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.478.202	99.200	2.478.202	60.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	655.400	S
36	CC 89000481	NUÑEZ RODRIGUEZ CARLOS ALBERTO	1.000.014	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.084.389	173.600	0	0	FAMISANAR-EPS017	1.084.389	43.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.084.389	43.400	1.084.389	26.500	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	286.900	S
37	CC 1004871529	SALGADO AGUDELO MARIA CAMILA	1.050.285	F																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.050.286	168.100	0	0	SANITAS-EPS005	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
38	CC 1004915295	TABORDA QUINCHIA GISELLE ANDREA	1.050.285	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.050.286	168.100	0	0	SANITAS-EPS005	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
39	CC 1005086837	BELTRAN OSORNO JENNIFER DAHIANA	1.050.285	F																0			27	27	27	27	PORVENIR-230301	945.257	151.300	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	945.257	37.900	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	945.257	37.900	945.257	23.100	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	250.200	S
40	CC 1005086837	BELTRAN OSORNO JENNIFER DAHIANA	1.050.285	F											X					0			3	3	3	3	PORVENIR-230301	105.029	16.900	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	105.029	4.300	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	0	0	105.029	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	21.200	S
41	CC 1005092916	SALAZAR RAIGOSO SOFIA	1.050.285	F									X							0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	1.120.306	179.300	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.120.306	44.900	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.120.306	44.900	1.120.306	27.300	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	296.400	S
42	CC 1005252941	LOPEZ PALMA BRIAN SANTIAGO	500.000																	0			0	30	0	0	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	EPS SURA-EPS010	1.000.000	125.000	SIN CCF-SINCCF	0	0	0	0	0,00000	0	0	0	0	0	12	0	125.000	N
43	CC 1006007020	FERNANDEZ AREVALO AIDE YOANA	1.050.285	F									X							0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.120.305	179.300	0	0	ESSC ASMET SALUD-ESSC62	1.120.305	44.900	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.120.305	44.900	1.120.305	27.300	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	296.400	S
44	CC 1006287852	GALVIS NIETO LUCERO	1.050.285	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.050.286	168.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
45	CC 1007234780	LLANOS QUINTERO JHON ANDERSON	1.050.285	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.050.286	168.100	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
46	CC 1013098566	CORREDOR MARIN DUBAY ANDREY	750.000		X															0			0	10	0	10	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	SANITAS-EPS005	333.334	41.700	SIN CCF-SINCCF	0	0	333.334	8.200	0,02436	0	0	0	0	0	19	0	49.900	N
47	CC 1014266196	OLAYA SANCHEZ MAIRA ALEJANDRA	2.478.201	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.478.202	396.600	0	0	EPS SURA-EPS010	2.478.202	99.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.478.202	99.200	2.478.202	60.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	655.400	S
48	CC 1018443799	LEIVA ROCHA JUAN PABLO	2.700.000	F																0			28	28	28	28	COLFONDOS-231001	2.520.000	403.200	0	0	SANITAS-EPS005	2.520.000	100.800	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.520.000	100.800	2.520.000	61.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	666.200	S
49	CC 1018443799	LEIVA ROCHA JUAN PABLO	2.700.000	F											X					0			2	2	2	2	COLFONDOS-231001	180.001	28.900	0	0	SANITAS-EPS005	180.001	7.300	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	0	0	180.001	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	36.200	S
50	CC 1053843916	GUERRA CADENA TIANA YAMARY	2.957.360	F																0			15	15	15	15	PORVENIR-230301	1.478.680	236.600	0	0	SANITAS-EPS005	1.478.680	59.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.478.680	59.200	1.478.680	36.100	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	391.100	S
51	CC 1053843916	GUERRA CADENA TIANA YAMARY	2.957.360	F												X				0			15	15	15	15	PORVENIR-230301	1.577.259	252.400	0	0	SANITAS-EPS005	1.577.259	63.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	0	0	1.577.259	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	315.500	S
52	CC 1085280133	LOPEZ DELGADO JULY VANESSA	1.050.285	F																0			28	28	28	28	PROTECCION-230201	980.267	156.900	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	980.267	39.300	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	980.267	39.300	980.267	23.900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	259.400	S
53	CC 1085280133	LOPEZ DELGADO JULY VANESSA	1.050.285	F										X						0			2	2	2	2	PROTECCION-230201	70.019	8.500	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	70.019	0	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	0	0	70.019	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	8.500	S
54	CC 1088282095	LOPEZ NARANJO JESSICA XIMENA	2.478.201	F		X														0			24	24	24	24	COLPENSIONES-25-14	1.982.561	317.300	0	0	EPS SURA-EPS010	1.982.561	79.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.450.666	98.100	1.982.561	48.300	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	543.100	S
55	CC 1090178498	BAUTISTA ALVAREZ MARIA FERNANDA	2.478.201	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.478.202	396.600	0	0	SANITAS-EPS005	2.478.202	99.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.478.202	99.200	2.478.202	60.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	655.400	S
56	CC 1094880334	OROZCO RUBIO LEIDY TATIANA	1.050.285	F																0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.050.286	168.100	0	0	EPS SURA-EPS010	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
57	CC 1094880719	GUERRERO OSPINA ANGELICA MARIA	1.050.285	F																0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.050.286	168.100	0	0	SANITAS-EPS005	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
58	CC 1094885699	LONDOÑO DEVIA DIANA CAROLINA	1.795.540	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.795.540	287.300	0	0	EPS SURA-EPS010	1.795.540	71.900	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.795.540	71.900	1.795.540	43.800	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	474.900	S
59	CC 1094888572	GUERRERO OSPINA JUAN CAMILO	3.200.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	3.200.000	512.000	0	0	SANITAS-EPS005	3.200.000	128.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	3.200.000	128.000	3.200.000	78.000	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	846.000	S
60	CC 1094890503	ARDILA ARDILA DIANA KATERINE	1.121.304	F		X														0			11	11	11	11	PORVENIR-230301	411.145	65.800	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	411.145	16.500	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	654.094	26.200	411.145	17.900	0,04350	0	0	0	0	0	01	0	126.400	S
61	CC 1094897246	ORDOÑEZ BASTIDAS ANDRES FELIPE	5.975.029	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	5.975.028	956.100	29.900	29.900	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	5.975.028	239.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	5.975.028	239.100	5.975.028	145.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	1.639.700	S
62	CC 1094897652	JIMENEZ WALTEROS JUAN JOSE	4.506.453	F																0			30	30	30	30	COLPENSIONES-25-14	4.506.454	721.100	22.600	22.600	EPS SURA-EPS010	4.506.454	180.300	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	4.506.454	180.300	4.506.454	109.800	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	1.236.700	S

EMPLEADO					NOVEDADES																	DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
63	CC 1094902337	TREJOS ANGELA VIVIANA	1.584.300	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.584.300	253.500	0	0	EPS SURA-EPS010	1.584.300	63.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.584.300	63.400	1.584.300	38.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	418.900	S
64	CC 1094903185	GARCIA SIERRA SANTIAGO	1.050.285	F									X							0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.074.902	172.000	0	0	EPS SURA-EPS010	1.074.902	43.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.074.902	43.000	1.074.902	26.200	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	284.200	S
65	CC 1094904661	GARZON DUQUE ALEXANDRA	1.584.300	F						X										0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.584.300	253.500	0	0	EPS SURA-EPS010	1.584.300	63.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.584.300	63.400	1.584.300	38.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	418.900	S
66	CC 1094905499	TORRES GIRALDO DIEGO ESTEBAN	1.161.820	F		X														0			14	14	14	14	COLPENSION ES-25-14	542.183	86.800	0	0	EPS SURA-EPS010	542.183	21.700	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.123.093	45.000	542.183	13.300	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	166.800	S
67	CC 1094910042	TORRES ARISMENDY LORENA	1.050.285	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.050.286	168.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
68	CC 1094913447	GODOY JIMENEZ JHOAN CAMILO	840.978	F									X							0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.000.000	160.000	0	0	EPS SURA-EPS010	1.000.000	40.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	897.043	35.900	1.000.000	69.600	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	305.500	S
69	CC 1094917464	GARCIA LOPEZ LLERLY MARCELA	1.050.285	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.050.287	168.100	0	0	EPS SURA-EPS010	1.050.287	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.287	42.100	1.050.287	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
70	CC 1094922538	RODRIGUEZ GARCIA JULIETH	1.050.285	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.050.286	168.100	0	0	EPS SURA-EPS010	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
71	CC 1094925436	HERRERA PINEDA LUIS ALBERTO	525.142	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.000.000	160.000	0	0	EPS SURA-EPS010	1.000.000	40.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	525.142	21.100	1.000.000	24.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	245.500	S
72	CC 1094933421	GUERRERO TREJOS JUAN DIEGO	1.050.285	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.050.286	168.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
73	CC 1094934341	TABORDA QUINCHIA CRISTIAN YOVANY	3.379.840	F													X			0			9	9	9	9	PROTECCION-230201	1.048.762	167.900	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.048.762	42.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.013.949	40.600	1.048.762	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	250.500	S
74	CC 1094934341	TABORDA QUINCHIA CRISTIAN YOVANY	3.379.840	F																0			21	21	21	21	PROTECCION-230201	2.365.889	378.600	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.365.889	94.700	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	3.154.518	126.200	2.365.889	57.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	657.200	S
75	CC 1094940310	SANCHEZ CIFUENTES NATALIA	1.858.650	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.858.650	297.400	0	0	SANITAS-EPS005	1.858.650	74.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.858.650	74.400	1.858.650	45.300	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	491.500	S
76	CC 1094942490	GUTIERREZ VALENCIA NATALIA ANDREA	2.478.201	F		X														0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	2.478.202	396.600	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.478.202	99.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	3.696.651	147.900	2.478.202	60.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	704.100	S
77	CC 1094944800	ARANZAZU MORALES ANDERSSON	1.584.300	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.584.300	253.500	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.584.300	63.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.584.300	63.400	1.584.300	38.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	418.900	S
78	CC 1094947950	CHIQUITO SANCHEZ BRAIAN GENIVER	1.121.304	F												X				0			14	14	14	14	COLFONDOS-231001	523.296	83.800	0	0	EPS SURA-EPS010	523.296	21.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	0	0	523.296	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	104.800	S
79	CC 1094947950	CHIQUITO SANCHEZ BRAIAN GENIVER	1.121.304	F		X														0			8	8	8	8	COLFONDOS-231001	299.014	47.900	0	0	EPS SURA-EPS010	299.014	12.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	962.452	38.500	299.014	7.300	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	105.700	S
80	CC 1094948320	PINEDA TORRES LAURA MARCELA	1.050.285	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.050.286	168.100	0	0	EPS SURA-EPS010	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
81	CC 1094950545	ORDOÑEZ BASTIDAS CESAR AUGUSTO	2.323.640	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	2.323.640	371.800	0	0	EPS SURA-EPS010	2.323.640	93.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.323.640	93.000	2.323.640	56.700	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	614.500	S
82	CC 1094952634	LADINO DIAZ DANIEL	1.584.300	F	X															0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.584.300	253.500	0	0	SANITAS-EPS005	1.584.300	63.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.584.300	63.400	1.584.300	38.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	418.900	S
83	CC 1094953352	MARTINEZ VALENCIA MARIA ALEJANDRA	2.478.201	V																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.478.202	396.600	0	0	EPS SURA-EPS010	2.478.202	99.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.478.202	99.200	2.478.202	60.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	655.400	S
84	CC 1094954862	GIRALDO HENAO CAROLINA	1.584.300	F											X					0			2	2	2	2	PORVENIR-230301	105.621	16.900	0	0	EPS SURA-EPS010	105.621	4.300	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	0	0	105.621	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	21.200	S
85	CC 1094954862	GIRALDO HENAO CAROLINA	1.584.300	F																0			28	28	28	28	PORVENIR-230301	1.478.680	236.600	0	0	EPS SURA-EPS010	1.478.680	59.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.478.680	59.200	1.478.680	36.100	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	391.100	S
86	CC 1094955205	LONDOÑO AGUDELO LAURA VANESSA	1.425.870	F	X	X														0			2	2	2	2	PORVENIR-230301	95.058	15.300	0	0	SOS-EPS-EPS018	95.058	3.900	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	99.019	4.000	95.058	2.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	25.600	S
87	CC 1094956005	GALINDO GOMEZ MARIA JULIANA	1.584.300	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.584.300	253.500	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.584.300	63.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.584.300	63.400	1.584.300	38.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	418.900	S
88	CC 1094958428	LONDOÑO CARDONA PAOLA ANDREA	1.121.304	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.121.304	179.500	0	0	EPS SURA-EPS010	1.121.304	44.900	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.121.304	44.900	1.121.304	48.800	0,04350	0	0	0	0	0	01	0	318.100	S
89	CC 1094960448	FRANCO GARZON KELLY DAYANA	1.121.304	F		X														0			18	18	18	18	PORVENIR-230301	672.782	107.700	0	0	EPS SURA-EPS010	672.782	27.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	840.978	33.700	672.782	29.300	0,04350	0	0	0	0	0	01	0	197.700	S
90	CC 1094968859	PEÑA FORERO LAURA YULIXA	2.478.201	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.478.202	396.600	0	0	SANITAS-EPS005	2.478.202	99.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.478.202	99.200	2.478.202	60.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	655.400	S
91	CC 1094971540	MARTINEZ GARZON STEFANIA	525.142	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.000.000	160.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.000.000	40.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	525.142	21.100	1.000.000	24.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	245.500	S
92	CC 1097032798	ACUÑA ORDOÑEZ JESSICA ASTRID	2.478.201	F														X		0			6	6	6	6	PROTECCION-230201	495.641	79.400	0	0	EPS SURA-EPS010	495.641	19.900	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	0	0	495.641	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	99.300	S
93	CC 1097032798	ACUÑA ORDOÑEZ JESSICA ASTRID	2.478.201	F		X														0			24	24	24	24	PROTECCION-230201	1.982.561	317.300	0	0	EPS SURA-EPS010	1.982.561	79.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.982.561	79.400	1.982.561	48.300	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	524.400	S
94	CC 1097401694	LOPEZ FONSECA ANGIE CAROLINA	1.050.285	F														L		0			6	6	6	6	PROTECCION-230201	224.058	35.900	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	224.058	9.000	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	210.057	8.500	224.058	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	53.400	S
95	CC 1097401694	LOPEZ FONSECA ANGIE CAROLINA	1.050.285	F																0			24	24	24	24	PROTECCION-230201	840.229	134.500	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	840.229	33.700	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	840.229	33.700	840.229	20.500	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	222.400	S
96	CC 1097407194	LOPEZ CIFUENTES MAGALY	1.050.285	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.050.286	168.100	0	0	SANITAS-EPS005	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
97	CC 1097730488	GOMEZ BOTERO MARIA ISABEL	1.267.440	F										X						0			1	1	1	1	PROTECCION-230201	42.248	5.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	42.248	0	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	0	0	42.248	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	5.100	S
98	CC 1097730488	GOMEZ BOTERO MARIA ISABEL	1.267.440	F																0			29	29	29	29	PROTECCION-230201	1.225.192	196.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.225.192	49.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.225.192	49.100	1.225.192	29.900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	324.200	S
99	CC 1098306622	PINEDA PINEDA CLAUDIA MARCELA	1.795.540	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.795.540	287.300	0	0	SANITAS-EPS005	1.795.540	71.900	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.795.540	71.900	1.795.540	43.800	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	474.900	S
100	CC 1098306978	LOPEZ COY DIANA JULIETH	1.000.014	F														X		0			13	13	13	13	PROTECCION-230201	433.340	69.400	0	0	SANITAS-EPS005	433.340	17.400	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	699.993	28.000	433.340	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	114.800	S

EMPLEADO					NOVEDADES																DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN				
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales
101	CC 1098306978	LOPEZ COY DIANA JULIETH	1.000.014	F																0			17	17	17	17	PROTECCION-230201	566.675	90.700	0	0	SANITAS-EPS005	566.675	22.700	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	566.675	22.700	566.675	13.900	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	150.000	S
102	CC 1098310984	GONZALEZ RIVILLAS NATALIA	2.478.201	F																0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	2.478.202	396.600	0	0	EPS SURA-EPS010	2.478.202	99.200	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	2.478.202	99.200	2.478.202	60.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	655.400	S
103	CC 1126428320	GIL CORTES LUISA FERNANDA	1.050.285	F									X							0			30	30	30	30	PROTECCION-230201	1.050.286	168.100	0	0	EPS SURA-EPS010	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S
104	CC 1144042676	RAMIREZ LIEVANO JESSICA MARCELA	4.242.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	4.242.000	678.800	21.300	21.300	EPS SURA-EPS010	4.242.000	169.700	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	4.242.000	169.700	4.242.000	103.400	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	1.164.200	S
105	PE 768650416031991	ABREU CABRERA SARAI	1.050.285	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.050.286	168.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.050.286	42.100	COMFENALCO QUINDIO-CCF43	1.050.286	42.100	1.050.286	25.600	0,02436	0	0	0	0	0	01	0	277.900	S

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900220827	2	CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8691	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
63-1	CALLE 17N 11 70 PISO 4		7329056		RECURSOSHUMANOS@CDCIPS.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERIODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERES X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2022-06	2022-07	23705912	E	2022-07-07	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	50.770.800	0	BBVA COLOMBIA S.A.
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
86	23705912		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
171.762.173	176.052.867	175.052.867	182.737.621	35.317.275

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 4)				83	28.026.700	0	0	0	28.026.700
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	24	7.347.800	0	0	0	7.347.800
COLFONDOS	231001	800227940	6	4	900.000	0	0	0	900.000
PORVENIR	230301	800224808	8	30	10.747.300	0	0	0	10.747.300
PROTECCION	230201	800229739	0	25	9.031.600	0	0	0	9.031.600
EPS(Administradoras: 8)				86	9.482.900	0	0	0	9.482.900
ESSC ASMET SALUD	ESSC62	900935126	7	2	89.800	0	0	0	89.800
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	2	84.300	0	0	0	84.300
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	15	1.004.100	0	0	0	1.004.100
SOS-EPS	EPS018	805001157	2	2	46.600	0	0	0	46.600
FAMISANAR	EPS017	830003564	7	1	43.400	0	0	0	43.400
EPS SURA	EPS010	800088702	2	39	6.307.500	0	0	0	6.307.500
SANITAS	EPS005	800251440	6	22	1.783.700	0	0	0	1.783.700
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	3	123.500	0	0	0	123.500
ARP(Administradoras: 1)				85	4.179.900	0	0	0	4.179.900
ARL SURA	14-11	890903790	5	85	4.179.900	0	0	0	4.179.900
CCF(Administradoras: 1)				84	7.315.100	0	0	0	7.315.100
COMFENALCO QUINDIO	CCF43	890000381	0	84	7.315.100	0	0	0	7.315.100
SENA(Administradoras: 1)				2	706.500	0	0	0	706.500
SENA	PASENA	899999034	1	2	706.500	0	0	0	706.500
ICBF(Administradoras: 1)				2	1.059.700	0	0	0	1.059.700
ICBF	PAICBF	899999239	2	2	1.059.700	0	0	0	1.059.700
Gran Total					50.770.800	0	0	0	50.770.800

ASOPAGOS s.a.

PAGADO

CODIGO DE VERIFICACIÓN s3HMArAZ2H

CERTIFICADO DE EXISTENCIA Y REPRESENTACIÓN LEGAL O DE INSCRIPCIÓN DE DOCUMENTOS.

Con fundamento en las matrículas e inscripciones del Registro Mercantil,

CERTIFICA

NOMBRE, SIGLA, IDENTIFICACIÓN Y DOMICILIO

NOMBRE o RAZÓN SOCIAL: CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO S.A.S.
ORGANIZACIÓN JURÍDICA: SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA
CATEGORÍA : PERSONA JURÍDICA PRINCIPAL
NIT : 900220827-2
ADMINISTRACIÓN DIAN : ARMENIA
DOMICILIO : ARMENIA

MATRICULA – INSCRIPCIÓN

MATRÍCULA NO : 155672
FECHA DE MATRÍCULA : MAYO 15 DE 2008
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
FECHA DE RENOVACION DE LA MATRÍCULA : MARZO 25 DE 2022
ACTIVO TOTAL : 3,251,631,263.00
GRUPO NIIF : GRUPO II

UBICACIÓN Y DATOS GENERALES

DIRECCIÓN DEL DOMICILIO PRINCIPAL : CLL 17 N NRO. 11 70 PISO 4
MUNICIPIO / DOMICILIO: 63001 - ARMENIA
TELÉFONO COMERCIAL 1 : 7329056
TELÉFONO COMERCIAL 2 : NO REPORTÓ
TELÉFONO COMERCIAL 3 : NO REPORTÓ
CORREO ELECTRÓNICO No. 1 : contabilidad@cdcips.com

DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIÓN JUDICIAL : CLL 17 N NRO. 11 70 PISO 4
MUNICIPIO : 63001 - ARMENIA
TELÉFONO 1 : 7485515
CORREO ELECTRÓNICO : contabilidad@cdcips.com

NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE CORREO ELECTRÓNICO

De acuerdo con lo establecido en el artículo 67 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, **SI AUTORIZO** para que me notifiquen personalmente a través del correo electrónico de notificación : contabilidad@cdcips.com

CERTIFICA – ACTIVIDAD ECONÓMICA

ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
OTRAS ACTIVIDADES : Q8692 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO

CERTIFICA – CONSTITUCIÓN

POR DOCUMENTO PRIVADO DEL 15 DE MAYO DE 2008 DE LA CONTADOR PUBLICO, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 26063 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 15 DE MAYO DE 2008, SE INSCRIBE : LA CONSTITUCIÓN DE PERSONA JURIDICA DENOMINADA CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO S.A..

CERTIFICA – RELACION DE NOMBRES QUE HA TENIDO

QUE LA PERSONA JURÍDICA HA TENIDO LOS SIGUIENTES NOMBRES O RAZONES SOCIALES

1) CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO S.A.

Actual.) CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO S.A.S.

CERTIFICA – CAMBIOS DE NOMBRE O RAZON SOCIAL

POR ACTA NÚMERO 5 DEL 02 DE JUNIO DE 2009 SUSCRITO POR ASAMBLEA DE ACCIONISTAS REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 27875 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE DICIEMBRE DE 2009, LA PERSONA JURIDICA CAMBIO SU NOMBRE DE CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO S.A. POR CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO S.A.S.

CERTIFICA – TRANSFORMACIONES / CONVERSIONES

POR ACTA NÚMERO 5 DEL 02 DE JUNIO DE 2009 SUSCRITA POR ASAMBLEA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 27875 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 14 DE DICIEMBRE DE 2009, SE INSCRIBE LA TRANSFORMACION : TRANSFORMACION DE SOCIEDAD ANONIMA A SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA

CERTIFICA – REFORMAS

DOCUMENTO	FECHA	PROCEDENCIA DOCUMENTO		INSCRIPCION	FECHA
AC-5	20090602	ASAMBLEA DE ACCIONISTAS	ARMENIA	RM09-27875	20091214
AC-5	20090602	ASAMBLEA DE ACCIONISTAS	ARMENIA	RM09-27876	20091214
AC-5	20100312	ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA	ARMENIA	RM09-31958	20120314
AC-14	20160316	ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA	ARMENIA	RM09-40126	20160526
AC-1	20190321	ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA	ARMENIA	RM09-49118	20190924
CE-	20190909	REVISOR FISCAL	ARMENIA	RM09-49119	20190924

CERTIFICA – VIGENCIA

VIGENCIA: QUE EL TÉRMINO DE DURACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA ES INDEFINIDO.

CERTIFICA – OBJETO SOCIAL

OBJETO SOCIAL: LA SOCIEDAD TENDRA COMO OBJETO: 1. TOMA, PROCESAMIENTO, REVISION, ANALISIS, EMISION DE RESULTADO, RECEPCION DE TODO TIPO DE MUESTRAS BIOLOGICAS PARA PREVENCION, DIAGNOSTICO Y MONITOREO DE PACIENTES. 2. RECEPCION Y ENVIO DE CUALQUIER TIPO DE MUESTRAS DE CUALQUIER ORIGEN AL EXTERIOR DENTRO Y FUERA DE ESTUDIOS CLINICOS. PARTICIPACION EN PROGRAMAS DE TRASPLANTES. PRESTACION DE SERVICIOS COMO BANCO DE SAGRE Y BANCO DE TEJIDOS.3. COMPRA Y VENTA DE INSUMOS, EQUIPOS MEDICOS Y DE LABORATORIO. DE ACUERDO CON LO DISPUESTO POR LA LEY 1258 DE 2008, LA SOCIEDAD IGUALMENTE PODRA REALIZAR CUALQUIER OTRA ACTIVIDAD LICITA.

CERTIFICA – CAPITAL

TIPO DE CAPITAL	VALOR	ACCIONES	VALOR NOMINAL
CAPITAL AUTORIZADO	500.000.000,00	500.000,00	1.000,00
CAPITAL SUSCRITO	297.018.000,00	297.018,00	1.000,00
CAPITAL PAGADO	297.018.000,00	297.018,00	1.000,00

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES – PRINCIPALES

POR ACTA NÚMERO 4 DEL 26 DE MARZO DE 2021 DE EXTRACTO DE ACTA DE ASAMBLEA GENERAL, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53530 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 04 DE MAYO DE 2021, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	**NOMBRE**	**IDENTIFICACION**
GERENTE	ORDOÑEZ BASTIDAS ANDRES FELIPE	CC 1,094,897,246

CERTIFICA

REPRESENTANTES LEGALES SUPLENTES

POR ACTA NÚMERO 4 DEL 26 DE MARZO DE 2021 DE EXTRACTO DE ACTA DE ASAMBLEA GENERAL, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA

DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53530 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 04 DE MAYO DE 2021, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
PRIMER SUPLENTE DEL GERENTE	RUEDA MARTINEZ TATIANA	CC 52,388,232

POR ACTA NÚMERO 4 DEL 26 DE MARZO DE 2021 DE EXTRACTO DE ACTA DE ASAMBLEA GENERAL, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 53530 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 04 DE MAYO DE 2021, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION
SEGUNDO SUPLENTE DEL REPRESENTANTE LEGAL	HENAO LONDONO LUZ ELENA	CC 41,898,790

CERTIFICA – FACULTADES Y LIMITACIONES

ORGANOS DE LA ADMISNITRACION: LA SOCIEDAD TENDRA UN ORGANO DE DIRECCION DENOMINADO ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS Y REPRESENTANTE LEGAL. LA REVISORIA FISCAL SOLO SERA PROVISTA EN LA MEDIDA EN QUE LO EXIJAN LAS NORMAS LEGALES VIGENTES.

REPRESENTANTE LEGAL: LA REPRESETNACION LEGAL DE LA SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA ESTARA A CARGO DE UNA PERSONA NATURAL O JURIDICA, ACCIONISTA O NO, QUE SE IDENTIFICARA COMO GERENTE, QUIEN TENDRA DOS SUPLENTES DEL GERENTE, QUE LO REEMPLAZARA EN SU ORDEN, CUANDO SE PRESENTEN AUSENCIAS SEAN ESTAS ABSOLUTAS O TEMPORALES DEL PRINCIPAL O SUCESIVAMENTE.

FACULTADES DEL REPRESENTANTE LEGAL: EL REPRESENTANTE LEGAL O GERENTE, O LOS SUPLENTES DEL GERENTE DE LA SOCIEDAD PARA CONTRATAR A NOMBRE DE LA PERSONA JURIDICA, PODRAN HACERLO BAJO LOS SIGUIENTES LIMITES: PARA CELEBRAR CUALQUIER TIPO DE ACTO O NEGOCIO JURIDICO DE DISPOSICIÓN DE BIENES INMUEBLES, SIEMPRE REQUERIRÁ LA AUTORIZACIÓN DE LA ASAMBLEA GENERAL DE ACCIONISTAS MEDIANTE ACTA. PARA LOS DEMAS ACTOS, CONTRATOS O NEGOCIOS JURÍDICOS, TENDRÁN PLENA AUTORIZACIÓN PARA CONTRATAR, HASTA UN MONTO DE DOSCIENTOS SESENTA Y UN (261) SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, INCLUSIVE. POR LO TANTO, CON LA ANTERIOR LIMITANTE, EL GERENTE O LOS SUPLENTES PODRÁN CONTRATAR, CELEBRAR O EJECUTAR TODOS LOS ACTOS Y CONTRATOS COMPRENDIDOS CON EL GIRO ORDINARIO DE LA SOCIEDAD.

CERTIFICA

REVISOR FISCAL – PRINCIPALES

POR ACTA DEL 07 DE JULIO DE 2020 DE ASAMBLEA EXTRAORDINARIA DE ACCIONISTAS, REGISTRADO EN ESTA CÁMARA DE COMERCIO BAJO EL NÚMERO 51178 DEL LIBRO IX DEL REGISTRO MERCANTIL EL 13 DE AGOSTO DE 2020, FUERON NOMBRADOS :

CARGO	NOMBRE	IDENTIFICACION	T. PROF
REVISOR FISCAL	SANCHEZ LOPEZ ORLANDO	CC 7,535,188	12787-T

CERTIFICA – ESTABLECIMIENTOS

QUE ES PROPIETARIO DE LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE COMERCIO EN LA JURISDICCIÓN DE ESTA CÁMARA DE COMERCIO:

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO
MATRICULA : 155673
FECHA DE MATRICULA : 20080515
FECHA DE RENOVACION : 20220325
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
DIRECCION : CLL 17 N NRO. 11 70 PISO 4
MUNICIPIO : 63001 - ARMENIA
TELEFONO 1 : 7329056
CORREO ELECTRONICO : contabilidad@cdcips.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
OTRAS ACTIVIDADES : Q8622 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA ODONTOLOGICA
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 2,734,756,263

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO S.A.S.
MATRICULA : 182610
FECHA DE MATRICULA : 20121113
FECHA DE RENOVACION : 20220325
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
DIRECCION : CRA 14 14 N 80 LOC 103
MUNICIPIO : 63001 - ARMENIA
TELEFONO 1 : 7309056
CORREO ELECTRONICO : contabilidad@cdcips.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 260,000,000

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS
MATRICULA : 204818
FECHA DE MATRICULA : 20160209
FECHA DE RENOVACION : 20220325
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
DIRECCION : CR 12 0 NORTE 20 ED MEDISALUD LC 1
MUNICIPIO : 63001 - ARMENIA
TELEFONO 1 : 7329056
CORREO ELECTRONICO : contabilidad@cdcips.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 115,000,000

QUE BAJO EL NUMERO 283435 DEL LIBRO XV DE REGISTRO DEL 19 DE FEBRERO DE 2016, SE INSCRIBIO DOCUMENTO PRIVADO MEDIANTE EL CUAL LA SEÑORA TATIANA RUEDA MARTINEZ ACTUO EN NOMBRE Y REPRESENTACION LEGAL DE LA SOCIEDAD CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO S.A.S. Y CAMBIO LA DIRECCION COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO DE COMERCIO DENOMINADO CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS, QUE DE AHORA EN ADELANTE SEGUIRA UBICADO EN LA CR 12 0 NORTE 20 ED MEDISALUD LC 1 DE ARMENIA, QUINDIO.

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS - SEDE CEQUIN
MATRICULA : 211473
FECHA DE MATRICULA : 20161118
FECHA DE RENOVACION : 20220325
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
DIRECCION : CL 18 NORTE 14 25 INTERIOR
MUNICIPIO : 63001 - ARMENIA
TELEFONO 1 : 7320956
CORREO ELECTRONICO : contabilidad@cdcips.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 13,500,000

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS SAN DIEGO
MATRICULA : 252411
FECHA DE MATRICULA : 20210621
FECHA DE RENOVACION : 20220325
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
DIRECCION : CL 30 NO 40 80 Lc 11
MUNICIPIO : 63001 - ARMENIA
TELEFONO 1 : 7329056
CORREO ELECTRONICO : contabilidad@cdcips.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
OTRAS ACTIVIDADES : Q8692 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 13,875,000

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS CLINICA DEL CAFE
MATRICULA : 252412
FECHA DE MATRICULA : 20210621
FECHA DE RENOVACION : 20220325
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
DIRECCION : CARRERA 12 Nro. 0-75 EDIFICIO CLINICA DEL CAFÉ consultorio 424
MUNICIPIO : 63001 - ARMENIA

TELEFONO 1 : 7329056
CORREO ELECTRONICO : contabilidad@cdcips.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 9,500,000

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO SAS NUEVA CECILIA
MATRICULA : 252413
FECHA DE MATRICULA : 20210621
FECHA DE RENOVACION : 20220325
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
DIRECCION : CRA. 16N NO. 3-N-15 Y 16-N-24 CALLE 3N
MUNICIPIO : 63001 - ARMENIA
TELEFONO 1 : 7329056
CORREO ELECTRONICO : contabilidad@cdcips.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO
ACTIVIDAD SECUNDARIA : Q8621 - ACTIVIDADES DE LA PRACTICA MEDICA, SIN INTERNACION
OTRAS ACTIVIDADES : Q8692 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPEUTICO
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO : 105,000,000

***** NOMBRE ESTABLECIMIENTO :** SEDE PROFESIONALES
MATRICULA : 257626
FECHA DE MATRICULA : 20220124
FECHA DE RENOVACION : 20220124
ULTIMO AÑO RENOVADO : 2022
DIRECCION : CR 15 5 NO 05
MUNICIPIO : 63001 - ARMENIA
TELEFONO 1 : 7329056
CORREO ELECTRONICO : contabilidad@cdcips.com
ACTIVIDAD PRINCIPAL : Q8691 - ACTIVIDADES DE APOYO DIAGNOSTICO
VALOR DEL ESTABLECIMIENTO :

INFORMA - TAMAÑO DE EMPRESA

De conformidad con lo previsto en el artículo 2.2.1.13.2.1 del Decreto 1074 de 2015 y la Resolución 2225 de 2019 del DANE el tamaño de la empresa es MEDIANA EMPRESA

Lo anterior de acuerdo a la información reportada por el matriculado o inscrito en el formulario RUES:

Ingresos por actividad ordinaria : $8,686,130,750
Actividad económica por la que percibió mayores ingresos en el periodo - CIIU : Q8691

CERTIFICA

QUE BAJO EL NÚMERO NUMERO DE INSCRIPCIÓN 375827 DEL LIBRO XV DE REGISTRO, EL DÍA 02 DEL MES DICIEMBRE DEL AÑO 2020, SE INSCRIBIÓ DOCUMENTO PRIVADO MEDIANTE EL CUAL, EL SEÑOR JOSE MANUEL JARAMILLO GIRALDO ACTUÓ EN NOMBRE PROPIO Y REPRESENTACIÓN LEGAL DE LA SOCIEDAD CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO S.A.S. Y CAMBIO EL CORREO ELECTRONICO DE LA SOCIEDAD EL CUAL SEGUIRA SIENDO contabilidad@cdcips.com

CERTIFICA

LA INFORMACIÓN ANTERIOR HA SIDO TOMADA DIRECTAMENTE DEL FORMULARIO DE MATRÍCULA Y RENOVACIÓN DILIGENCIADO POR EL COMERCIANTE

CERTIFICA

DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO Y DE LO CONTENCIOSO Y DE LA LEY 962 DE 2005, LOS ACTOS ADMINISTRATIVOS DE REGISTRO AQUÍ CERTIFICADOS QUEDAN EN FIRME DIEZ (10) DÍAS HÁBILES DESPUES DE LA FECHA DE INSCRIPCIÓN, SIEMPRE QUE NO SEAN OBJETO DE RECURSOS. EL DÍA SÁBADO NO SE DEBE CONTAR COMO DÍA HÁBIL.

VALOR DEL CERTIFICADO : $6,500

CODIGO DE VERIFICACIÓN s3HMArAZ2H

CERTIFICADO EXPEDIDO A TRAVES DEL PORTAL DE SERVICIOS VIRTUALES (SII)

IMPORTANTE: La firma digital del secretario de la CAMARA DE COMERCIO DE ARMENIA Y DEL QUINDIO contenida en este certificado electrónico se encuentra emitida por una entidad de certificación abierta autorizada y vigilada por la Superintendencia de Industria y Comercio, de conformidad con las exigencias establecidas en la Ley 527 de 1999 para validez jurídica y probatoria de los documentos electrónicos.

La firma digital no es una firma digitalizada o escaneada, por lo tanto, la firma digital que acompaña este documento la podrá verificar a través de su aplicativo visor de documentos pdf.

No obstante, si usted va a imprimir este certificado, lo puede hacer desde su computador, con la certeza de que el mismo fue expedido a través del canal virtual de la cámara de comercio y que la persona o entidad a la que usted le va a entregar el certificado impreso, puede verificar por una sola vez el contenido del mismo, ingresando al enlace https://siiarmenia.confecamaras.co/cv.php seleccionando la cámara de comercio e indicando el código de verificación s3HMArAZ2H

Al realizar la verificación podrá visualizar (y descargar) una imagen exacta del certificado que fue entregado al usuario en el momento que se realizó la transacción.

La firma mecánica que se muestra a continuación es la representación gráfica de la firma del secretario jurídico (o de quien haga sus veces) de la Cámara de Comercio quien avala este certificado. La firma mecánica no reemplaza la firma digital en los documentos electrónicos.



***** FINAL DEL CERTIFICADO *****

CDC Centro de Diagnóstico Clínico S.A
NIT: 900220827-2

REPORTE SAM-CLIPEX
Reporte desde: 2022-06-01 hasta 2022-06-30
Cliente Consultado: RAMA JUDICIAL
Fecha de Impresión: 2022-07-12 07:31

Cliente: RAMA JUDICIAL

DAYSI UNIRIS GONZALES ALZATE

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

Código de validacion: 000

A.S.

Nro Orden	Paciente	men - Serv	Valor
220622283525	51920210		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
Total Cliente: RAMA JUDICIAL			**$30.076,00**

Total Exámenes - Servicios:	**1**
Total Órdenes:	**1**
Total Historias:	**1**
Total:	**$30.076,00**
Abonos:	**$0,00**
Saldo:	**$30.076,00**

REPORTE SAM-CLIPEX
Reporte desde: 2022-06-01 hasta 2022-06-30
Cliente Consultado: RAMA JUDICIAL
Fecha de Impresión: 2022-07-12 07:31

Cliente: RAMA JUDICIAL

DIANA MARCELA PALACIO CUADRADO
EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO
 # Factura
Código de validacion: 0146324598652

DIEGO FELIPE VALLEJO
EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO
 # Factura
Código de validacion: 14596214846512

MARIA ALEJANDRA LEON BERNAL
EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO
 # Factura
Código de validacion: 012530124512

CRUZ ADRIANA CERVANTES ALOMIA
EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL PERIODICO
 # Factura
Código de validacion: 0125301201012

GLORIA TATIANA LOZANO CASTRO
EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO
 # Factura
Código de validacion: 01458660145

ANA LUCIA GARCIA AVILA
EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO
 # Factura
Código de validacion: 41945161

SONIA MAYA GARCIA
EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO
 # Factura
Código de validacion: 012560125401245

JUAN PABLO GARCIA MORA

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

CESAR AUGUSTO VILLARAGA CHAVARRO

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL PERIODICO

 # Factura

Código de validacion: CAV

JUAN SEBASTIAN MORALES GARCIA

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

Código de validacion: 0125012561425

RODOLFO GOMEZ TOVAR

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

Código de validacion: 1097394508R

JIMMY ALBERTO CARDOZO HERNANDEZ

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

Código de validacion: 000

YENNI MARCELA CASTAÑO

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

Código de validacion: 1094949741

JUAN PABLO TORRES

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

Código de validacion: 000

GERARDO AUGUSTO ARCE ARIAS

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL PERIODICO

 # Factura

DIEGO FERNANDO RIOS VELASQUEZ

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

Código de validacion: 000

JAMILETH DEL SOCORRO MARTINEZ CARDENAS

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

Código de validacion: 000

ANDRES HERNAN OCAMPO ROMERO

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

Código de validacion: 02158

WILLIAM ALEXANDER SILVA

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

Código de validacion: 52649

VALENTINA GIRALDO CEDEÑO

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

Código de validacion: 00

LEIDY JOHANNA BOLIVAR GUTIERREZ

EXAMEN MEDICO DE SALUD OCUPACIONAL INGRESO

 # Factura

Código de validacion: 151

A.S.

Nro Orden	Paciente	Examen - Serv	Valor
220601283540	1094949644		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220602283530	1094921460		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220602283533	1094970465		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220603283515	30742638		
		890302	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220606283508	41957631		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220611283508	41945161		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220611283511	41917656		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**

220611283521	4377953		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220611283522	12194073		
		890302	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220613283508	1094900836		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220613283525	1097394508		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220613283530	86066865		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220613283536	1094949741		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220614283512	1094930481		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220614283533	1077463047		
		890302	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220614283537	1094917448		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220622283537	41927910		
		890202	$30.076,00

Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220630283530	80232852		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220630283539	1094933148		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220630283542	1094950955		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
220630283545	24587327		
		890202	$30.076,00
Total Orden: -			**$30.076,00**
Total Abonos: -			**$0,00**
Saldo: -			**$30.076,00**
Total Cliente: RAMA JUDICIAL			**$631.596,00**

Total Exámenes - Servicios:	**21**	
Total Órdenes:	**21**	
Total Historias:	**21**	
Total:		**$631.596,00**
Abonos:		**$0,00**
Saldo:		**$631.596,00**

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

DIRECCIÓN EJECUTIVA SECCIONAL DE ADMINISTRACIÓN JUDICIAL
ARMENIA QUINDÍO
INFORME DE SUPERVISIÓN

DATOS DEL INFORME							
Fecha de Presentación		Periodo del informe		Nombre del Contratista		Nombre del Supervisor	
1/07/2022		JUNIO 2022		CENTRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO IPS		Dorián Stella Fernández López	
DATOS DEL CONTRATO							
CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 08 DE 2022	Tipo:	SERVICIOS	Convenio Nro.		Tipo:		
Objeto:	"Prestación de servicios de valoraciones médico ocupacionales con el fin de establecer las condiciones físicas al momento de ingreso, retiro, pos incapacidad y periódicos a los servidores judiciales del distrito judicial de Armenia y administrativo del Quindío"						

Rubro	Vigencia	CDP Nro.	Fecha del CDP	Valor del CDP
A-02-02-02-009-003 Servicios para el cuidado de la salud humana y servicios sociales.	2022	722	3/02/2022	$ 91.138
A-02-02-02-009-003 Servicios para el cuidado de la salud humana y servicios sociales.	2022	3522	3/02/2022	$ 4.400.000
A-02-02-02-009-003 Servicios para el cuidado de la salud humana y servicios sociales.	2022	2022	3/02/2022	$ 1.000.000

Vlr. Contrato Inicial	Valor Total	Fecha del Contrato	Plazo	Fecha de inicio	Fecha de Terminación
$5.491.138	$5.491.138	18 FEBRERO 2022	9 MESES 28 DÍAS	22 FEBRERO 2022	20 DICIEMBRE 2022

Póliza Nro.	Fecha de la Póliza	Nro. Registro Presupuestal	Fecha del Registro Presupuestal	Fecha de Suscripción
60-46-101001805	18/02/20222	1922	22/02/2021	22/02/2021
		1322	22/02/2021	22/02/2021
		5522	22/02/2021	22/02/2021

MODIFICACIONES AL CONTRATO

	Nro.	Fecha de la A/P/OS	Tiempo	Valor	Tema de aclaración o alcance
Adiciones:					
Prorrogas:					
Otro sí:					

INFORMACIÓN FINANCIERA

$5.491.138	Vlr. Contrato Inicial	% Anticipo	N/A

Pagos				Amortización			
Fecha del pago	Forma de pago	% Pagado	Valor	%	Valor	Valor Neto	Soporte
28/04/2022	ABONO A CUENTA	15.68%	$ 861.557,00				
28/04/2022	ABONO A CUENTA	0.47%	30,076,00				
23/05/2022	ABONO A CUENTA	3.96%	$ 217.209,00				
TOTAL		25.30%	$ 1.108.842,00	N/A	$0	$0	N/A

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO

Obligaciones Contractuales	Actividades realizadas	Soportes
Se encuentran consignadas en el numeral 2.10 OBLIGACIONES DE LAS PARTES DEL ESTUDIO PREVIO, el cual forma parte integral del CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 08 DE 2022	La suscrita supervisora hace constar que los documentos presentados por el Contratista CENTRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO IPS, soporte de las Facturas de Venta FEC 965 por valor de $30.076 y FEC 966 por valor de $631.596 expedidas el 15 de julio de 2022 por el Contratista CENTRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO IPS, correspondiente a las valoraciones médicas ocupacionales practicadas a los servidores judiciales durante el mes de junio de 2022, y sus respectivos anexos, dan cumplimiento a las obligaciones contenidas en el Contrato de Prestación de Servicios N° 08 de 2022; en tal virtud, procede autorizar e iniciar el trámite de pago respectivo, para lo cual el contratista adjuntó los siguientes documentos: Facturas de Venta FEC 965 por valor de $30.076 y FEC 966 por valor de $631.596 expedidas el 15 de julio de 2022, pantallazo aprobación de las facturas, Planillas de pago al Sistema General de Salud, planilla de pensión del mes de junio de 2022 y de salud del mes de julio de 2022, Certificación expedida el 8 de julio de 2022, por el Revisor Fiscal del CENTRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO IPS, Orlando Sánchez López acreditando el pago de parafiscales, riesgos laborales, salud y pensión, Certificación de la Junta Central de Contadores del 30 de junio de 2022, en la cual consta que el Contador Orlando Sánchez López, no registra antecedentes disciplinarios, cédula y tarjeta profesional del contador, base de datos que contiene relación discriminada de las valoraciones realizadas, consentimientos informados suscritos por los servidores judiciales, planillas suscrita por los servidores al recibir certificado médico, informe de condiciones de salud, certificación custodia de historias clínicas.	Certificado de Antecedentes Disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del contratista y el representante legal; Certificado de Antecedentes Fiscales de la Contraloría General de la República del contratista y el representante legal; Certificado de Antecedentes Judicial y Sistema de Registro de Medidas Correctivas de la Policía Nacional.

Productos a Entregar	Productos Entregados	Fecha de entrega	% de Ejecución

GESTIÓN DE AVANCE (Diligenciar en el caso de que el informe no esté asociado a un entregable durante el periódo reportado)
-

DIFICULTADES TÉCNICAS, ADMINISTRATIVAS Y FINANCIERAS PARA LA EJECUCIÓN DEL OBJETO CONTRACTUAL				
Causas	Alternativas de Solución	Fecha de Solución	Gestión	Resultados

OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES	
CONTRATISTA	
DORIAN STELLA FERNÁNDEZ-LÓPEZ Coordinadora SG-SST	

Rama Judicial
Consejo Superior de la Judicatura
República de Colombia

DIRECCIÓN SECCIONAL DE ADMINISTRACIÓN JUDICIAL
ARMENIA QUINDÍO
BALANCE FINANCIERO DE EJECUCIÓN

DATOS DEL INFORME			
Fecha de Presentación	Periodo del informe	Nombre del Contratista	Nombre del Supervisor
1/07/2022	JUNIO 2022	CENTRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO IPS	Dorián Stella Fernández López

DATOS DEL CONTRATO						
Contrato Nro.	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 08 DE 2022	Tipo:	SERVICIOS		Tipo:	
Objeto:	"Prestación de servicios de valoraciones médico ocupacionales con el fin de establecer las condiciones físicas al momento de ingreso, retiro, pos incapacidad y periódicos a los servidores judiciales del distrito judicial de Armenia y administrativo del Quindío"					

Rubro	Vigencia	CDP Nro.	Fecha del CDP	Valor del CDP
A-02-02-02-009-003 Servicios para el cuidado de la salud humana y servicios sociales.	2022	722	3/02/2022	$ 91.138
A-02-02-02-009-003 Servicios para el cuidado de la salud humana y servicios sociales.	2022	3522	3/02/2022	$ 4.400.000
A-02-02-02-009-003 Servicios para el cuidado de la salud humana y servicios sociales.	2022	2022	3/02/2022	$ 1.000.000

Vlr. Contrato Inicial	Valor Total	Fecha del Contrato	Plazo	Fecha de inicio	Fecha de Terminación
$5.491.138	$5.491.138	18 FEBRERO 2022	9 MESES 28 DÍAS	22 FEBRERO 2022	20 DICIEMBRE 2022

REQUISITOS PARA EL PERFECCIONAMIENTO

Póliza Nro.	Fecha de la Póliza	Nro. Registro Presupuestal	Fecha del Registro Presupuestal	Fecha de Suscripción
60-46-101001805	18/02/20222	1922	22/02/2021	22/02/2021
		1322	22/02/2021	22/02/2021
		5522	22/02/2021	22/02/2021

MODIFICACIONES AL CONTRATO

	Nro.	Fecha de la A/P/OS	Tiempo	Valor	Tema de aclaración o alcance
Adiciones:					
Prorrogas:					
Otro sí:					

INFORMACIÓN FINANCIERA

Valor del contrato	$5.491.138	% Anticipo	N/A

Pagos				Amortización			
Fecha del pago	Forma de pago	% Pagado	Valor	%	Valor	Valor Neto	Soporte
28/04/2022	ABONO A CUENTA	15.68%	$ 861.557,00				
28/04/2022	ABONO A CUENTA	0.47%	30,076,00				
23/05/2022	ABONO A CUENTA	3.96%	$ 217.209,00				
Valor último pago	$ 217.209,00						
RECURSOS EJECUTADOS		25.30%	$ 1.108.842,00				
RECURSOS PENDIENTES DE EJECUCIÓN		74.40%	$ 4.382.296,00	N/A	$0	$0	N/A

ACTUACIONES ADMINISTRATIVAS-CONTABLES-TECNICAS Y JURIDICAS DEL CONTRATISTA.

,

SERVICIOS	VALOR	NRO. DE FACTURAS	FECHA DE FACTURACIÓN				
CONTRATO PRESTACIÓN SERVICIO N° 08 DE 2022	$ 861.557,00	FEC 858	1/04/2022				
CONTRATO PRESTACIÓN SERVICIO N° 08 DE 2022	$ 30.076,00	FEC 859	2/04/2022				
CONTRATO PRESTACIÓN SERVICIO N° 08 DE 2022	$ 217.209,00	FEC 903	17/05/2022				
CONTRATO PRESTACIÓN SERVICIO N° 08 DE 2022	$ 464.494,00	FEC 959	1/07/2022				
CONTRATO PRESTACIÓN SERVICIO N° 08 DE 2022	$ 30.076,00	FEC 965	15/07/2022				
CONTRATO PRESTACIÓN SERVICIO N° 08 DE 2022	$ 631.596,00	FEC 966	15/07/2022				
TOTAL	$ 2.235.008,00						
RECURSOS SOBRANTES	$ 3.256.130						

JUSTIFICACIÓN DE LOS RECURSOS A LIBERAR

ASPECTOS RELEVANTES DE CONTROL Y SEGUIMIENTO

La suscrita supervisora hace constar que los documentos presentados por el Contratista CENTRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO IPS, soporte de las Facturas de Venta FEC 965 por valor de $30.076 y FEC 966 por valor de $631.596 expedidas el 15 de julio de 2022 por el Contratista CENTRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO IPS, correspondiente a las valoraciones médicas ocupacionales practicadas a los servidores judiciales durante el mes de junio de 2022, y sus respectivos anexos, dan cumplimiento a las obligaciones contenidas en el Contrato de Prestación de Servicios N° 08 de 2022; en tal virtud, procede autorizar e iniciar el trámite de pago respectivo, para lo cual el contratista adjuntó los siguientes documentos: Facturas de Venta FEC 965 por valor de $30.076 y FEC 966 por valor de $631.596, expedidas el 15 de julio de 2022, pantallazo aprobación de las facturas, Certificado de Antecedentes Disciplinarios de la Procuraduría General de la Nación del contratista y el representante legal, Certificado de Antecedentes Fiscales de la Contraloría General de la República del contratista y el representante legal, Certificado de Antecedentes Judiciales y Sistema de Registro de Medidas Correctivas de la Policía Nacional, Planillas de pago al Sistema General de Salud, planilla de pensión del mes de junio de 2022 y de salud del mes de julio de 2022, Certificación expedida el 8 de julio de 2022, por el Revisor Fiscal del CENTRO DE DIAGNÓSTICO CLÍNICO IPS, Orlando Sánchez López acreditando el pago de parafiscales, riesgos laborales, salud y pensión, Certificación de la Junta Central de Contadores del 30 de junio de 2022, en la cual consta que el Contador Orlando Sánchez López, no registra antecedentes disciplinarios, cédula y tarjeta profesional del contador, base de datos que contiene relación discriminada de las valoraciones realizadas, consentimientos informados suscritos por los servidores judiciales, planillas suscrita por los servidores al recibir certificado médico, informe de condiciones de salud, certificación custodia de historias clínicas.

SUSCRIPCIÓN DEL INFORME

SUPERVISOR

Nombre	DORIÁN STELLA FERNÁNDEZ LÓPEZ
Cargo	Coordinadora SG-SST

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de julio de 2022, a las 08:01:35, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	CC
No. Identificación	1094897246
Código de Verificación	1094897246220712080135

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 12 de julio de 2022, a las 08:02:28, el número de identificación de la Persona Jurídica, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	NIT
No. Identificación	9002208272
Código de Verificación	9002208272220712080228

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

EDUARDO JOSE PINEDA ARRIETA
Contralor Delegado

Digitó y Revisó: WEB

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 200400290

WEB
07:58:34

Bogotá DC, 12 de julio del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) ANDRES FELIPE ORDOÑEZ BASTIDAS identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1094897246:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 200400400

WEB
08:00:13

Bogotá DC, 12 de julio del 2022

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) CDC CENTRO DE DIAGNOSTICO CLINICO S.A. identificado(a) con NIT número 9002208272:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes deberá contener las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. (Artículo 238 Ley 1952 de 2019)

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la ley o demás disposiciones vigentes.** Se integran al registro de antecedentes solamente los reportes que hagan las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información que presente el aspirante en la página web: http://www.procuraduria.gov.co/portal/antecedentes.html

CARLOS ARTURO ARBOLEDA MONTOYA
Jefe División de Relacionamiento con el Ciudadano

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 12/07/2022 09:09:30 a. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1094897246** y Nombre: **ANDRES FELIPE ORDOÑEZ BASTIDAS.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **36914359** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:04:39 AM horas del 12/07/2022, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1094897246**
Apellidos y Nombres: **ORDOÑEZ BASTIDAS ANDRES FELIPE**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República | Ministerio de Defensa Nacional | Portal Único de Contratación | GOV.CO

Todos los derechos reservados.

RE: TRAMITE DE CUENTA DEL CONTRATO N° 8 DE 2022 MES DE JUNIO DE 2022

CG **Cielo Pineda Gil**

Para: Departamento Administrativo Desaj - Seccional Armenia

Lun 05/09/2022 11:07

CC: Eliana Patiño Orrego; Contabilidad - Seccional Armenia; Natalia Garcia Murillo; Jose Orlando Rodriguez Vargas **y 1 usua**

Buenos días compañeros.

Cordial saludo,

Muy respetuosamente, me permito remitir la cuenta adjunta en correo precedente, ya se efectuó la modificación al plan de pagos y se puede continuar con la cadena presupuestal.

Cuenta del mes de julio del contrato de servicio Nro. 08 de 2022 - Valoraciones médicas.

Estaré pendiente a cualquier inquietud o comentario,

Atte.

Cielo Pineda G.
Presupuesto Armenia