SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública	MINJUSTICIA	TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN	Código: GF - GP - PR - 07 - FR - 01
			Versión: 02
			Fecha: 10 / 01 / 2019

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

1. INFORMACION GENERAL

FECHA DE EXPEDICION

dia	Mes	año
30	06	2019

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA	SOR LILIANA PALACIO MEJIA						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	43.589.098	**DE**	MEDELLIN				
TELEFONOS DE CONTACTO	301-6931104	314-5461985	**FIJO**	3851000	**EXT.**	2271	
E-MAIL PERSONAL	lilo_palacio@hotmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	sor.palacio@suoernotariado.gov.co						
BANCO	BANCOLOMBIA	**No DE CUENTA**	2146399293	**C.A.**	X	**C.C.**	

CONTRATO ACTUAL No		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	$ 11.122.200,00
70	**DE** 2019	**PAGO MENSUAL**	$ 1.853.700,00

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar con plena autonomía técnica y administrativa sus servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO de apoyo al desarrollo de las actividades establecidas en el procedimiento para las líneas de producción bajo los lineamientos del programa de gestión documental de la SNR. Para la recepción, alistamiento, organización, digitalización, tipificación, control de calidad y disposición en unidades de conservación de los documentos misionales en oficinas de registro de instrumentos públicos (Medellín Sur)

SUPERVISOR DEL CONTRATO	PAULA ANDREA VALENCIA MUÑOZ
CARGO DEL SUPERVISOR	COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No.	12419	**CRP No.**	30819

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	MEDELLIN
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA

PLAZO DE EJECUCION

Día	Mes	Año
23	07	2019

FECHA DE SUSCRIPCION DEL ACTA DE INICIO

Día	Mes	Año
30	01	2019

MESES Y DIAS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
5	23

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
28	01	2019

ADICION Y/O PRORROGA

Día	Mes	Año	TIEMPO	VALOR

VALOR A PAGAR $ 1.853.700,00

FACTURA

Si	No	No de factura
	X	

PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año
DEL	01	06	2019
AL	30	06	2019

PAGO No. 6 — JUNIO — JUNIO

Anexos

* Copia pago a los sistemas de salud, pension y ARP

Formato para ajustar documento					
	Sup.	1.4 cm	Inferior	1.4 cm	Carta 21.59 cm x 27.94 cm
	Izq.	0.8 cm	Derecha	0.8 cm	tamaño a 80%
	Enc.	0.8 cm	P. de pag.	0.8 cm	

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

2. OBLIGACION DE PAGOS SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

Señor contratista tenga en cuenta que es su obligación afiliarse a la protección de la seguridad y la salud.

	PLANILLA DE PAGO No.	SALUD (12,5%)	PENSION (16%)	ARL	MES
1.	1021139677				
2.	1021139677	$ 103.600	$ 132.500	$ 4.400	MAYO

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

			VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 11.122.200,00	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO No.	1	VALOR DEL PAGO	$ 61.790,00		$ 61.790,00	$ 11.060.410,00
PAGO No.	2	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00		$ 1.915.490,00	$ 9.206.710,00
PAGO No.	3	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00		$ 3.769.190,00	$ 7.353.010,00
PAGO No.	4	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00		$ 5.622.890,00	$ 5.499.310,00
PAGO No.	5	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00		$ 7.476.590,00	$ 3.645.610,00
PAGO No.	6	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00		$ 9.330.290,00	$ 1.791.910,00
PAGO No.		VALOR DEL PAGO			$ -	$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO			$ -	$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO			$ -	$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO			$ -	$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO			$ -	$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO			$ -	$ -
PAGO No.		VALOR DEL PAGO			$ -	$ -

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	06	2019		JUNIO
	AL	30	06	2019	6	JUNIO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
A. Proceso en línea de producción del SGD. B. Alistamiento: Preparación de los documentos para realizar el proceso de digitalización según lineamientos de la SNR. C. Digitalización: Captura de documentos físicos en imágenes	A. Esta actividad es realizada por un funcionario de la entidad, se presta apoyo en el traslado de los documentos para ser revisados. B. Se procedió a hacer apoyo en el área de SEGUNDA DIGITALIZACION con 69 relaciones con un promedio de 1242 turnos. C. Se procedió a DIGITALIZAR 734 embargos, 631 notas devolutivas, 57 pertenencias y 12 mayores valores.

Anexos

* Copia pago a los sistemas de salud, pension y ARP

Formato para ajustar documento
Sup. 1.4 cm Inferior 1.4 cm
Izq. 0.8 cm Derecha 0.8 cm
Enc. 0.8 cm P. de pag. 0.8 cm
Carta 21.59 cm x 27.94 cm
tamaño a 80%

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

4. CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y AUTORIZACION PARA PAGO

Una vez verificado el desarrollo de las actividades asignadas para el presente perìodo, se deja constancia que el o (la) contratista **SOR LILIANA PALACIO MEJIA** identificada (o) con cedula de ciudadania No **43.589.098** de **MEDELLIN** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **70** de **2019** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

La o (el) contartista cumplió con las operaciones de pago a los sistemas de salud y pensión, de conformidad con la ley 789 de 2002 modificada por la ley 828 de 2003 y ARP según la ley 1562 de 2012.

Se autoriza el pago por la suma de: **$ 1.853.700,00**

del CRP No. **30819** CDP No **12419**

Valor en letras: **UN MILLON OCHOSCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETESCIENTOS PESOS CON 00 CTVOS**

OBSERVACIONES

PERIODO DE PAGO		Día	Mes	Año	PAGO No.	
	DEL	01	06	2019		JUNIO
	AL	30	6	2019	6	JUNIO

Para constancia se firma en **MEDELLIN** a los **30** días del mes de **JUNIO** de **2019**

SUPERVISOR

OFICINA DE REGISTRO DE I.P.P.
COORDINACIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVO

Firma Supervisor
PAULA ANDREA VALENCIA MUÑOZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista
SOR LILIANA PALACIO MEJIA
Cedula de Ciudadania No
43.589.098 **DE** MEDELLIN

FORMATO INFORME DE SUPERVISION DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE PAGO

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
D. Tipificación y calidad: Indexación, tipificación y publicación en el sistema Documental IRIS E. Armado de documentos: Organización de los documentos en orden de turno. F. Entrega de documentos: Devolver los documentos a los funcionarios de la ORIP G. Reproceso: Consiste en el evento que los funcionarios de la ORIP, consideran que las imágenes digitalizadas no son correctas o que faltan imágenes.	D. FUID 5 cajas promedio a 1008 turnos.

NOTA: Sí se requiere ampliar más las obligaciones con sus respectivas evidencias en los cuadros como texto o imágenes, favor colocarlas como anexos.

Anexos

* Copia pago a los sistemas de salud, pension y ARP

Superintendencia de Notariado y Registro
Calle 26 No. 13-49 Int. 201 / PBX (1)3282121
Bogotá D.C. - Colombia
http://www.supernotariado.gov.co

Formato para ajustar documento | Sup. 1.4 cm | Inferior 1.4 cm | Carta 21.59 cm x 27.94 cm
Izq. 0.8 cm | Derecha 0.8 cm | tamaño a 80%
Enc. 0.8 cm | P. de pag. 0.8 cm

SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO La guarda de la fe pública	MINJUSTICIA	TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN	Código FG-CP-PR-07-FR-02
			Versión 02
			Fecha 02/02/2019

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2019

FORMATO PARA BASE DE RETENCION EN LA FUENTE AÑO GRAVABLE 2019

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Triburtaria. **Artículo 340. *Ingresos de las rentas no laborales.*** "Los honorarios percibidos por las personas naturales que presten servicios y que contraten o vinculen por al menos noventa
(90) días continuos o discontinuos, dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad, serán ingresos de la cédula de rentas no laborales. En este caso, ningún ingreso por honorario podrá ser incluido en la cédula de rentas de trabajo", vigencia desde 01 de marzo del año 2017, me permito certificar **bajo la gravedad de juramento**, que:

1. Con Los honorarios que percibo, como contratista vinculado por lo menos noventa
   (90) días continuos o discontinuos, a dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad que realizo. SI____NO X
2. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO SOBRE LA RENTA. Durante el año 2017 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto labores como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400. UVT. SI NO .
3. SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA: SI___NO X
4. Dependiente Economico: SI___NO X (parágrafo 2 del art 387 del E.T)
   Adjunto Certificado expedida por Contador Público. (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).
5. Realizo aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías SI___NO X
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construccion (AFC) SI___NO X.
7. Credito de Vivienda SI___NO X.

En constancia de lo anterior, se firma a los 30 del mes junio de 2019.

Atentamente,

Nombre Jorfillicena Palacio Mejia
CC. 43.559.098

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-06-18, 09:34:04 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1021139677

Periodo Cotización: mayo de 2019 **Periodo Servicio:** mayo de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8806775220

PAGADO 18/06/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SOR LILIANA PALACIO MEJIA		
Documento	CC43589098	**Dirección**	CARRERA 81 # 19-15
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3016931104
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MEDELLIN	**Departamento**	ANTIOQUIA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Apo Minis
:C 43589098	SOR LILLIANA PALACIO MEJIA	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 828,116	$ 132,500	(EPS010) EPS SURA	$ 828,116	$ 103,600	0.522	$ 828,116	$ 4,400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 828,116	$ 828,116	$ 828,116	$ 0	$ 132,500	$ 103,600	$ 4,400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 240,500	$ 0	$ 240,500

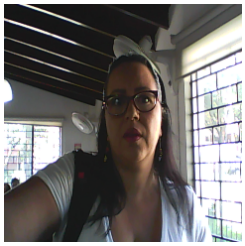
Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

AUDIOMETRIA TAMIZ

Fecha de impresión 05/06/2018 8.42 AM

FECHA DE EXAMEN 2/6/2018 **TIPO DE EXAMEN** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO



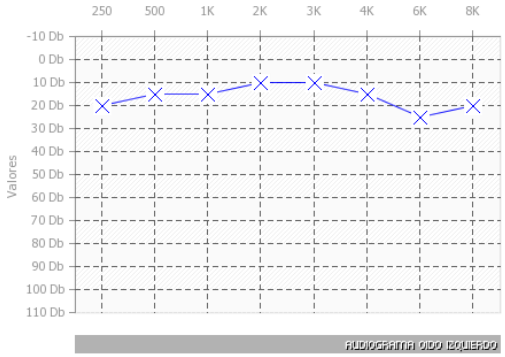
IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	SOR LILLIANA PALACIO MEJIA								
IDENTIFICACION	CC	43589098	**SEXO**	F	**EDAD**	43 Años	**FECHA DE NACIMIENTO**	12/11/1974	
LUGAR DE NACIMIENTO	MEDELLIN								
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	ANTIOQUIA					**MUNICIPIO**	MEDELLÍN	
DIRECCION							**TELEFONOS**	5375009	
ESTRATO	3	**ESCOLARIDAD**	TECNICO				**ESTADO CIVIL**	UNION LIBRE	

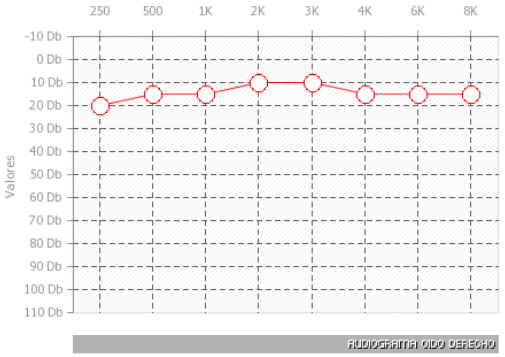
EPS	SURA E.P.S.		
ARL	NO REFIERE		
FONDO DE PENSIONES	NO REFIERE		
ENTIDAD	PARTICULAR/MEDELLIN		
ACTIVIDAD ECONOMICA	NO REFIERE	**CARGO**	AUX ADMINISTRATIVO

AUDIOGRAMA

Oido Izquierdo



Oido Derecho



AUDIOGRAMA PTA AREA

PTA OIDO IZQUIERDO	12.5
PTA OIDO DERECHO	12.5

DIAGNOSTICO AUDIOLOGICO

Nombre	Concepto	Observaciones
NORMAL 24 DB	BILATERAL	
OBSERVACIONES	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL	

ANTECEDENTES OTOLOGICOS (PRESENTA O HA PRESENTADO)

Nombre	Concepto	Observaciones
ENFERMEDAD DEL OIDO	NO	
EXPOSICION A ACTIVIDADES RUIDOSAS	NO	
ALTERACION DE LA AUDICION	NO	
DOLOR DE OIDOS	NO	
DIFICULTAD PARA ESCUCHAR LAS COVERSACIONES	NO	
PRESENTA ZUMBIDOS EN LOS OIDOS	NO	
USO DE AUDIFONOS RECREATIVOS	NO	
REALIZO POLIGONO	NO	

INFORMACION OCUPACIONAL ACTUAL

TIEMPO EN EL CARGO (años/meses)	1 AÑO
DESCRIPCION	AUXILIAR ADMINISTRATIVA
NIVEL DEL RUIDO	NO HAY RUIDO
TIPO DE PROTECCION	NO

ACTIVIDADES LABORALES ANTERIORES

OTOSCOPIA

O.D	NORMAL
O.I	NORMAL

DIAGNOSTICO AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Nombre	Concepto	Observaciones
NORMAL 24 DB	BILATERAL	
OBSERVACIONES	AUDICIÓN NORMAL BILATERAL	

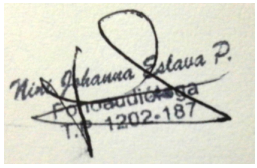
IMPRESION DIAGNOSTICA

DIAGNOSTICO 1	Examen de oídos y de la audición

CONDUCTA Y RECOMENDACIONES A SEGUIR

Nombre	Concepto	Observaciones
INGRESAR AL SISTEMA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA AUDITIVA	NO	
CONTROL AUDITIVO EN:	SI	ANUAL
LIMPIEZA AUDITIVA	NO	
USO DE EPPA	SI	SI SE EXPONE AL RUIDO
MEDICO / ORL	NO	
EXAMENES AUDIOLOGICOS COMPLEMENTARIOS	NO	

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): NINI JOHANNA ESLAVA RM: 1202.187

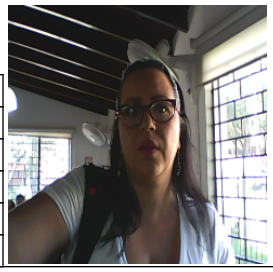


Firma y sello del Médico Evaluador

ESPIROMETRIA

Fecha de impresión 05/06/2018 8.42 AM

FECHA DE EXAMEN 2/6/2018 **TIPO DE EXAMEN** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	SOR LILLIANA PALACIO MEJIA								
IDENTIFICACION	CC	43589098	**SEXO**	F	**EDAD**	43 Años	**FECHA DE NACIMIENTO**	12/11/1974	
LUGAR DE NACIMIENTO	MEDELLIN								
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	ANTIOQUIA					**MUNICIPIO**	MEDELLÍN	
DIRECCION							**TELEFONOS**	5375009	
ESTRATO	3	**ESCOLARIDAD**	TECNICO				**ESTADO CIVIL**	UNION LIBRE	

EPS	SURA E.P.S.				
ARL	NO REFIERE				
FONDO DE PENSIONES	NO REFIERE				
ENTIDAD	PARTICULAR/MEDELLIN				
CARGO	AUX ADMINISTRATIVO	**TIEMPO EN LA EMPRESA**		INGRESO	
ACTIVIAD ECONOMICA	NO REFIERE	**PESO**		**TALLA**	164

ANTECEDENTES RESPIRATORIOS

Nombre	CONCEPTO	Observaciones
TIENE O HA TENIDO PROBLEMAS RESPIRATORIOS?	SI	ASMA UC EN ENERO USA INHALADORES
EXPOSISION A POLVO, HUMO, GASES, VAPORES?	NO	
FUMA ACTUALMENTE?	SI	2X DIA CIGARRILLO
ESPIROMETRIAS ANTERIORES	NORMALES	

OCUPACION ACTUAL (EN EXAMENES PERIODICOS)

Nombre	NO	SI	Observaciones
EXPOSICION A CONTAMINATES:	X		
CUALES?			
UTILIZA ELEMETOS DE PROTECCION PERSONAL?	X		
PRESENTA DIFICULTAD PARA RESPIRAR?	X		
PRESENTA TOS?	X		

EVALUACION DE LA PRUEBA

FEV 1:	
MEAS-OBS	
PRED-ESP	2.27
(%)	74
FEVC:	
MEAS-OBS	
PRED-ESP	2.27
(%)	74
FEV 1/FEVC (%)	
MEAS-OBS	
PRED-ESP	0.84
(%)	106

IMPRESION DIAGNOSTICA

000: Sin CIE10
ESPIRO NORMAL

RECOMENDCIONES

USO DE EPP

Fecha de impresión 05/06/2018 8.42 AM

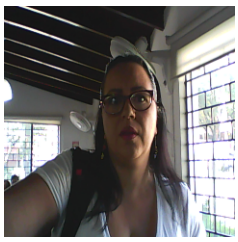
ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): E. C. B. RM: 1

Firma y sello del Médico Evaluador

VISIOMETRIA

Fecha de impresión 05/06/2018 8.42 AM

FECHA DE EXAMEN 2/6/2018 **TIPO DE EXAMEN** EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	SOR LILLIANA PALACIO MEJIA								
IDENTIFICACION	CC	43589098	**SEXO**	F	**EDAD**	43 Años	**FECHA DE NACIMIENTO**	12/11/1974	
LUGAR DE NACIMIENTO	MEDELLIN						**GRUPO SANGUINEO**	O +	
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	ANTIOQUIA					**MUNICIPIO**	MEDELLÍN	
DIRECCION							**TELEFONOS**	5375009	
ESTRATO	3	**ESCOLARIDAD**	TECNICO				**ESTADO CIVIL**	UNION LIBRE	

EPS	SURA E.P.S.		
ARL	NO REFIERE		
FONDO DE PENSIONES	NO REFIERE		
RAZON SOCIAL	PARTICULAR/MEDELLIN		
ACTIVIDAD ECONOMICA	NO REFIERE	**CARGO**	AUX ADMINISTRATIVO

ANTECEDENTES GENERALES

ANTECEDENTES OCULARES	USO DE RX OPTICA HACE 10 AÑOS UC 15 DIAS VP
ANTECEDENTES PATOLOGICOS	NR
ANTENCEDENTES FAMILIARES	NR

PRUEBA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

Nombre	Concepto	Observaciones
AMBOS OJOS		
OJO DERECHO	20/60	C.C 20/20
OJO IZQUIERDO	20/60	C.C 20/20
ESTEREOPSIS “ SEG.	20”	
VISION CROMATICA	NORMAL	VISIOMETRO
FORIA VERTICAL	NORMAL	
FORIA LATERAL	NORMAL	

AGUDEZA VISUAL CERCANA

Nombre	Concepto	Observaciones
OJO DERECHO	4 Mts	c.c 0.75
OJO IZQUIERDO	4 Mts	c.c 0.75
ESTENOPEICO		

IMPRESION DIAGNOSTICA

H527: Trastorno de la refracción, no especificado

RECOMENDCIONES

RECOMENDACIONES	CUIDADO NORMAL DE LA VISION

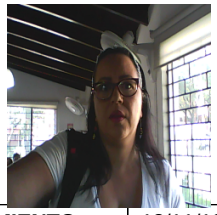
ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): E. C. B. RM: 1

Firma y sello del Médico Evaluador

SOR LILLIANA PALACIO MEJIA
C.C
Firma del trabajador Evaluado

Fecha de impresión 05/06/2018 7.47 AM

FECHA DEL EXAMEN 2018-06-02 11:18:00



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	SOR LILLIANA PALACIO MEJIA								
IDENTIFICACION	CC	43589098	**EDAD**	43 Años	**SEXO**	F			
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	**ESCOLARIDAD**	TECNICO	**FECHA DE NACIMIENTO**	12/11/1974				
LUGAR DE NACIMIENTO	MEDELLIN	**DIRECCION**		**Estrato**	3				
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	Antioquia	**MUNICIPIO**	Medellín	**TELEFONOS**	5375009			
GRUPO FAMILIAR									
ARL	NO REFIERE								
EPS	SURA E.P.S.								

LABORATORIO CLINICO

GLICEMIA		UNIDAD MEDIDA	VALOR REFERENCIA
RESULTADO	96 MG/DL		
IMAGEN			

CUADRO HEMATICO		UNIDAD MEDIDA	VALOR REFERENCIA
ERITROCITOS	4.72	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	14.6	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	43.1	%	36.0-52.0%
VCM	91.3	fl	76-96fl
HCM	30.9	pg	27.0-32.0pg
CHCM	33.9	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	12.4	%	<15.0%
LEUCOCITOS	7.990	mm3	5.000-10.000mm3
RECUENTO DIFERENCIAL %			
GRANULOCITOS	63.7	%	50-70%
LINFOCITOS	27.9	%	25-40%
MIXTAS	8.4	%	3-7%
RECUENTO DIFERENCIAL MM3			
GRANULOCITOS	5.090	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	2.230	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	670	mm3	150-750mm3
RECUENTO PLAQUETARIO			
PLAQUETAS	355.000	mm3	150.000-400.000mm3

PERFIL LIPIDICO - TÉCNICA: COLORIMETRÍA-PUNTO FINAL		UNIDAD MEDIDA	VALOR REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	199	mg/dl	Deseable:< 200mg/dl, Intermedio alto: 200 - 239mg/dl, Alto: Igual o >240mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	133	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

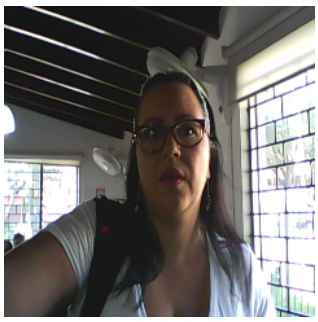
Fecha de impresión 05/06/2018 7.47 AM

COLESTEROL HDL	42	mg/dl	Normal:>40 mg/d
COLESTEROL LDL	130	mg/dl	Òptimo:<100 mg/dl, Cercano al òptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl
COLESTEROL VLDL	26	mg/dl	Normal: 6 - 34 mg/dl



MARIANA ZULETA GARZON
C.C 1214720054 R:M 05/2806/15
Firma y sello del Médico Evaluador

Cendiatra
centro de diagnóstico y tratamiento



DATOS PACIENTE

Nombres:	SOR LILLIANA PALACIO MEJIA
Tipo de Documento:	CC **Documento** 43589098
Sexo F **F. Nacimiento:**	12/11/1974 **Edad:** 43 Años
Entidad:	PARTICULAR/MEDELLIN
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	AUX ADMINISTRATIVO
Fecha de Atencion:	2018-06-02
Fecha y Hora entrega resultados:	05/06/2018 7.44 AM

CERTIFICADO MEDICO DE CONDICIONES GENERALES DE SALUD
Resolución No. 2346 de 2007 y Resolución No. 1918 de 2009

Realizado la valoración Médico Ocupacional de INGRESO, el suscrito médico certifica que el aspirante al cargo es:

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Tipo de Restricciones ó Limitaciones:

NO TIENE

Recomendaciones:

ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR: Continuar Controles dietetico- ortopedico
NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA dieta baja en grasa y carbohidratos
VALORACION OPTOMETRICA. uso de Rx optica control anual

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

PREVENCION DE ALTERACIONES OSTEOMUSCULARES

Exámenes Realizados:

AUDIOMETRIA TAMIZ	ESPIROMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
VISIOMETRIA	CUADRO HEMATICO	GLICEMIA
PERFIL LIPIDICO		

Acepto las anteriores valoraciones Médicas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud, es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que halla lugar.
Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

ANALISIS Y CONCEPTO: DR. (A): FRANCISCO MURILLO PINTO.. RM: 70684

MD. Francisco Murillo Pinto
RM: 70684
Res. S.D. 11192-2012

Firma y sello del Médico Evaluador

SOR LILLIANA PALACIO MEJIA
C.C 43589098
Firma del trabajador Evaluado

ISO 9001:2008 BUREAU VERITAS Certification CO15.00035

* BOGOTA SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50Edificio Barichara
Tel.:(+1) 281 4505 – 286 5893 – 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal. 35) No. 42 Sur,
Villamayor Tel,:(+1) 458 5819 – 203 9694

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tels.:(+1) 282 6429 – 342 4934

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-82
Tels.:(+1) 447 0068 – 447 1401 – 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 68 No. 17-96
Tels.:(+1) 4146397 – 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tels.:805 1875 – 610 57 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tels.:(+1) 257 9325 – 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A – 25 Edificio Bussines Center
Interior 141 – Oficina 408

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre,
Tels: (+7) 697 37 34 - 301 737 26 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 – 74 Barrio Barzal Alto
Tel.:(+8) 674 0916 – 674 0915

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector Lo Amador,
Calle 32 No 20B - 21 Piso 2 Tels: (+5) 644 69 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 51B No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Medico Vital

SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70, Centro Medico
Perlas del Caribe, Tel.: (+5) 421 46 44 - 421 65

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel.:(+2) 240 4734 – 240 2055

MEDELLIN
Carrera 80 No. 44 B-91 Barrio la America
Tels.:(+4) 412 1145 – 416 7011

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N – 47 Barrio Versalles
Tel.:(+2) 380 9956 – 382 7337