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	LEON DARIO RUIZ QUINTERO						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	70.853.971	**DE**	TAMESIS				
TELEFONOS DE CONTACTO	310-5244676			**FIJO**	3851000	**EXT.**	2271
E-MAIL PERSONAL	dariorq13@yahoo.es						
E-MAIL INSTITUCIONAL	leon.ruiz@supernotariado.gov.co						
BANCO	CONFIAR	**No DE CUENTA**	167054865	**C.A.**	X	**C.C.**	

CONTRATO ACTUAL No		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**$ 11.122.200,00**
60	**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.**	**18619**

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
28	01	2019

MESES Y DIAS DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

MESES	DIAS
5	25

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
26	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.	8493048062				
2.	8493048062	$ 103.600	$ 132.500	$ 4.400	MAYO

2.1.1. RELACIÓN DE PAGO

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$ 11.122.200,00

		VALOR DEL PAGO	VALOR PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO No.	1	$ 185.370,00	$ 185.370,00	$ 10.936.830,00
PAGO No.	2	$ 1.853.700,00	$ 2.039.070,00	$ 9.083.130,00
PAGO No.	3	$ 1.853.700,00	$ 3.892.770,00	$ 7.229.430,00
PAGO No.	4	$ 1.853.700,00	$ 5.746.470,00	$ 5.375.730,00
PAGO No.	5	$ 1.853.700,00	$ 7.600.170,00	$ 3.522.030,00
PAGO No.	6	$ 1.853.700,00	$ 9.453.870,00	$ 1.668.330,00
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -
PAGO No.			$ -	$ -

PERIODO DE PAGO	Día	Mes	Año	PAGO No.	
DEL	01	06	2019		JUNIO
AL	30	06	2019	5	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. Se procedio a realizar actividades de foleo correspondiente a 409 relaciones, de las cuales luego se destinan a realizar el FUID. B. El contratista se dedica netamente a realizar esta actividad.

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

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. Foliado de documentos.	

NOTA: Si 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
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%

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 **LEON DARIO RUIZ QUINTERO** identificada (o) con cedula de ciudadania No **70.853.971** de **TAMESIS** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **60** 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. **18619** 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	06	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
LEON DARIO RUIZ QUINTERO
Cedula de Ciudadania No
70.853.971 **DE** TAMESIS

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

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 Construcción (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 León Darío Ruiz G.

Contratista C.C 70853971

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 70853971		RUIZ QUINTERO LEON DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 13 14 14	MEDELLIN-ANTIOQUIA	8494381	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-05	2019-05	93048062	8493048062	I	2019/06/19	2019/06/25	BANCO AV VILLAS	6	$241,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$4,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$4,400		$0	$0
Ciudad: MEDELLIN Depto: ANTIOQUIA (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$4,400		$0	$0
1	CC	70853971	RUIZ LEON	230201	30	$828,116	$132,500	EPS037	30	$828,116	$103,600		0	$0	$0	14-23	30	$828,116	$4,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$828,116	$4,400		$0	$0

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 70853971		RUIZ QUINTERO LEON DARIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 13 14 14	MEDELLIN-ANTIOQUIA	8494381	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-05	2019-05	93048062	8493048062	I	2019/06/19	2019/06/25	BANCO AV VILLAS	6	$241,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$600	$0	$133,100
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$132,500	$600	$0	$133,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,400	$100	$0	$4,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,400	$100	$0	$4,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$500	$0	$104,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$103,600	$500	$0	$104,100
TOTAL				1	$240,500	$1,200	$0	$241,700

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL

JAIME ALBERTO ALVAREZ TOBON

NIT 71596086- 9

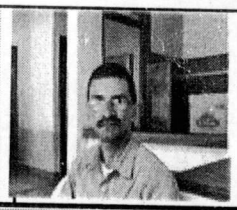
REGISTRO MEDICO N° 780990 LICENCIA S.O. N° 93713

Fecha Examen : **06/06/2017 HORA : 15:07**

Tipo de Examen : **INGRESO**

Empresa : **ALCALDIA DE TAMESIS**

PARTICULAR



IDENTIFICACION DEL TRABAJADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR	*LEON DARIO RUIZ QUINTERO*			DOCUMENTO	CC - 70853971
LUGAR DE NACIMIENTO	TAMESIS			PROFESION	PROFESION NO DEFINIDA
F.NACIMIENTO	21/07/1972	SEXO	MASCULINO	DIRECCION	CLL 13 # 14 14 SANTA ANA
EDAD	44 Años - 10 Meses - 16 Dias	RH:	O+	TELEFONO	3105244676
ESTADO CIVIL	SOLTERO(A)			MUNICIPIO	TAMESIS (ANTIOQUIA)
ESCOLARIDAD	Secundaria	N. HIJOS :	0	E.P.S.	COOMEVA
CARGO A DESEMPEÑAR	**CONTRATISTA**			A.F.P.	COLPENSIONES
Fecha de Ingreso	15/04/2017	Antiguedad	0 Años 1 Meses	A.R.L.	NO DEFINIDA

RESULTADO DE EXAMENES

Audiometría	AUDICION NORMAL BILATERAL
Glicemia	No realizado
Hemoleucograma y Sedimentación	No realizado
Columna y Osteomuscular	Normal
Espirometría	No realizado
Valoración Psicológica	Normal durante la evaluación médica
Examen Visual Ocupacional	MIOPIA Y PRESBICIA AO CORREGIDO ADECUADAMENTE

CONCEPTO MEDICO INGRESO

Apto sin patología aparente	
Apto para el cargo con patología que no limita la labor	X
Apto para el cargo a desempeñar con restricciones	
Motivo:	
Aplazado	
Motivo:	
No Apto para el cargo	
Motivo:	
Próxima valoración ocupacional	**1 AÑO**

EX. VIS.	Cerca	Lejos	Usa Corrección
OD	20/20	20/20	SI
OI	20/20	20/20	**Visión Cromática**
AO	20/20	20/20	Normal

RECOMENDACIONES, OBSERVACIONES Y RESTRICCIONES

Completar el esquema de vacunación acorde a los factores de riesgo presentes en la empresa. adjuntar copia del carné de vacunación.
Hábitos saludables: dieta adecuada y ejercicio físico 150 minutos a la semana de una duración no menor a 30 minutos por sesión
Reportar las condiciones de trabajo que pueden ser generadoras de accidentes laborales
Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal
Cumplir a cabalidad con las normas del reglamento de higiene y seguridad industrial en la empresa
Reportar todo incidente y/o accidente de trabajo que ocurra
Realizar pausas activas
MIOPIA Y PRESBICIA AO CORREGIDO ADECUADAMENTE
REMISION EPS (CONTROL POR DERMATOLOGIA)

S.V.E.	
Visual	
Auditivo	
Ergonómico	x
Psicosocial	
Cardiovasc.	
R. Biológico	
Respiratorio	
Químico	
Voz	

Remisión EPS : **SI**

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Previamente a este examen he sido informado por la empresa y el médico examinador de las exigencias de Ley para su relación, por consiguiente certifico que he autorizado para que se me efectué, incluyendo los exámenes de laboratorio y ayudas paraclínicas que estén establecidas para el cargo dentro del programa de salud Ocupacional de la empresa, igualmente autorizo para que su contenido sirva para los diferentes sistemas de vigilancia epidemiológica que estén establecidos (Resolución.2346/07). El examinado autoriza para que a través del médico de la empresa, ésta conozca el certificado médico de ingreso ocupacional e igualmente la exposición anterior a riesgos ocupacionales.

EXAMINADO: Bajo la gravedad de juramento afirmo que he contestado todas las preguntas realizadas sin omitir información sobre mi historia de salud. Así mismo he recibido las recomendaciones y / o restricciones sobre mi puesto de trabajo para que pueda cumplir la labor que se me ha asignado, acatando así lo dispuesto por la resolución 2346 de 2007

JAIME ALBERTO ALVAREZ TOBON
Registro Médico : 780990 Licencia S.O. S.O.93713

LEON DARIO RUIZ QUINTERO
CC - 70853971

Su salud en buenas manos

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS TAMESIS
Nit: 890.980.855-3

RESULTADOS DE LABORATORIO

Docto: RL 98472733
Fecha: Jun.23/2017

Nombre:	RUIZ QUINTERO LEON DARIO	Edad:	44 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	SIN DATO	Estrato:	CONTRIBUTIVO-1		
Historia:	70853971	Id:	CC 70.853.971		
Estado Civil:	CASADO	Factura:	VL 104362		
Entidad:	COOMEVA AUTORIZADOS				

ANALISIS	RESULTADOS	V/REFERENCIA
** NO EXISTE AREA **		
HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) METODO		
HEMOGLOBINA	15.1	H13-18. M12-16. RN14-24 g/dL
HEMATOCRITO	45.8	H 40 - 50 M 36 - 48 %
VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION	16	0 - 20 mm/h
LEUCOCITOS HEMOGRAMA	6 600	4.500 - 11.000 mm3
NEUTROFILOS	84	45 - 65 %
LINFOCITOS	12	30 - 40 %
RECUENTO PLAQUETARIO	232 000	150.000 - 400.000
CELULAS MIXTAS	4	No existe vr referen
RBC	4.88	Hombres: 4.1 - 6.1 x 10*12 /L
MCV	93.9	Adultos: 86 - 96 fL
MCH	30.9	Adultos/Niñ@s: 25 -31 pg
MCHC	32.9	32 - 38 gr/dL
BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA		
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.4	mg/dl
BILIRRUBINA TOTAL	0.7	Hasta 1.0 mg/dl
BILIRRUBINA DIRECTA	0.3	Hasta 0.25 mg/dl
CREATININA EN SUERO		
CREATININA	0.8	H 0.7 - 1.2 M 0.5 - 1.0 mg/dl
TRANSAMINASA PIRUVICA TGP-ALT		
ALT	19	Hasta 41 U/L
TRANSAMINASA OXALACETICA TGO-AST		
AST	20	Hasta 40 U/L

Responsable: LOPEZ TORO LUISA FERNANDA Reg. 02428

** FIN REPORTE **

LUISA FERNANDA LÓPEZ
BACTERIOLOGA UCMA
TP 02428

Imprime: LUISA
Fecha Sistema:24/06/2017

Su salud en buenas manos

E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS TAMESIS
Nit: 890.980.855-3

RESULTADOS DE LABORATORIO

Docto: RL 98472947
Fecha: Jun.30/2017

Nombre:	RUIZ QUINTERO LEON DARIO	Edad:	44 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	SIN DATO	Estrato:	CONTRIBUTIVO-1		
Historia:	70853971	Id:	CC 70.853.971		
Estado Civil:	CASADO	Factura:	VL 104549		
Entidad:	COOMEVA AUTORIZADOS				

ANALISIS	RESULTADOS	V/REFERENCIA
** NO EXISTE AREA **		
HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) METODO		
HEMOGLOBINA	15.3	H13-18. M12-16. RN14-24 g/dL
HEMATOCRITO	46.7	H 40 - 50 M 36 - 48 %
VELOCIDAD DE ERITROSEDIMENTACION	10	0 - 20 mm/h
LEUCOCITOS HEMOGRAMA	5 800	4.500 - 11.000 mm3
NEUTROFILOS	79	45 - 65 %
LINFOCITOS	17	30 - 40 %
RECUENTO PLAQUETARIO	285 000	150.000 - 400.000
CELULAS MIXTAS	3	No existe vr referen
RBC	4.95	Hombres: 4.1 - 6.1 x 10*12 /L
MCV	94.5	Adultos: 86 - 96 fL
MCH	30.9	Adultos/Niñ@s: 25 -31 pg
MCHC	32.7	32 - 38 gr/dL
COLESTEROL HDL		
COLESTEROL HDL	42	H>35 M>40mg/dl
COLESTEROL TOTAL		
COLESTEROL TOTAL	196	< 200 mg/dl
COLESTEROL LDL	87.3	< 130 mg/dl
COLESTEROL VLDL	66.62	< 30 mg/dl
INDICE ARTERIAL	4.6	H < 7.0 M < 5.3
CREATININA EN SUERO		
CREATININA	0.68	H 0.7 - 1.2 M 0.5 - 1.0 mg/dl
GLUCOSA EN SUERO		
GLICEMIA EN AYUNAS	82	70-100 mg/dl
NITROGENO UREICO (BUN)		
UREA	27	10-50 mg/dl
NITROGENO UREICO	12.6	5 - 23 mg/dl
TRANSAMINASA PIRUVICA TGP-ALT		
ALT	24	Hasta 41 U/L
TRANSAMINASA OXALACETICA TGO-AST		
AST	23	Hasta 40 U/L
TRIGLICERIDOS		
TRIGLICERIDOS	333	< 170 mg/dl
HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES TSH		
ADULTOS	2.1 uUI/mL	0.4 -4.2 uUI/mL
ANTIESTREPTOLISINAS O SEMICUANTITATIVA POR TITULACION		
ANTIESTREPTOLISINA O	< 200 UI/ml	< 200 UI/ml
VDRL EN SUERO, SEROLOGIA TAMIZAJE		
VDRL CUALITATIVA	NO REACTIVA	NO REACTIVA
COPROLOGICO		
FLORA BACTERIANA	NORMAL	No existe vr referen
CONSISTENCIA	BLANDA	No existe vr referen
LEUCOCITOS	0 - 1 X AP	No existe vr referen

Imprime: LUISA
Fecha Sistema:01/07/2017
Hora:11:03:31

Su salud en buenas manos	E.S.E. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS TAMESIS Nit: 890.980.855-3		
	RESULTADOS DE LABORATORIO	Docto:	RL 98472947
		Fecha:	Jun.30/2017

Nombre:	RUIZ QUINTERO LEON DARIO	Edad:	44 Años	Sexo:	MASCULINO
Telefono:	SIN DATO	Estrato:	CONTRIBUTIVO-1		
Historia:	70853971	Id:	CC 70.853.971		
Estado Civil:	CASADO	Factura:	VL 104549		
Entidad:	COOMEVA AUTORIZADOS				

ANALISIS	RESULTADOS	V/REFERENCIA
BLASTOCYSTIS HOMINIS	++	No existe vr referen
UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA		
COLOR	AMARILLA	
ASPECTO	TRANSPARENTE	No existe vr referen
ERITROCITOS EN ORINA	1 - 2 X AP	No existe vr referen
LEUCOCITOS EN ORINA	0 - 1 X AP	No existe vr referen
BACTERIAS	ESCASAS	No existe vr referen

Responsable: LOPEZ TORO LUISA FERNANDA Reg. 02428

**** FIN REPORTE ****

LUISA FERNANDA LÓPEZ
BACTERIOLOGA UCMA
TP 02428