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	STEFANY YOHANA AGUILAR ARENAS						
CEDULA DE CIUDADANIA No.	1.036.643.226	**DE**	ITAGUI				
TELEFONOS DE CONTACTO	310-4706231	310-3211742	**FIJO**	3851000	**EXT.**	2271	
E-MAIL PERSONAL	tefaguilar1130@gmail.com						
E-MAIL INSTITUCIONAL	stefany.aguilar@supernotariado.gov.co						
BANCO	BANCOLOMBIA	**No DE CUENTA**	1514563663	**C.A.**	X	**C.C.**	

CONTRATO ACTUAL No		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**$ 11.122.200,00**
62	**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.**	**16419**

LUGAR DE EJECUCION

CIUDAD	MEDELLIN
DEPARTAMENTO	ANTIOQUIA

PLAZO DE EJECUCION

Día	Mes	Año
22	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	26

FECHA APROBACION POLIZA

Día	Mes	Año
25	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.	7720568021				
2.	7720568021	$ 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	$ 185.370,00		$ 185.370,00	$ 10.936.830,00
PAGO No.	2	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00		$ 2.039.070,00	$ 9.083.130,00
PAGO No.	3	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00		$ 3.892.770,00	$ 7.229.430,00
PAGO No.	4	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00		$ 5.746.470,00	$ 5.375.730,00
PAGO No.	5	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00		$ 7.600.170,00	$ 3.522.030,00
PAGO No.	6	VALOR DEL PAGO	$ 1.853.700,00		$ 9.453.870,00	$ 1.668.330,00
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 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.	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 prestar apoyo en el área de alistamiento cantidad documentos diligenciados 90 de un total de 6698. C. Se procedió a prestar apoyo en el área de SEGUNDA DIGITALIZACION cantidad documentos diligenciados 409 relaciones cada una con un valor aproximado de 18 turnos, para un total de 7362.

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.	D. El número de carpetas diligenciadas durante el periodo fue de 100 de un total de 6698. E. Apoyo en DIGITALIZACION con pertenencias 15 turnos, mayores valores 8 turnos, notas devolutivas 124 turnos y embargos 20 turnos.

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

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 **STEFANY YOHANA AGUILAR ARENAS** identificada (o) con cedula de ciudadania No **1.036.643.226** de **ITAGUI** cumplió sastifactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **62** 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. **16419** CDP No **12419**

Valor en letras: **UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SETECIENTOS 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 DEL P.P.
COORDINACIÓN TÉCNICO ADMINISTRATIVO

Firma Supervisor
PAULA ANDREA VALENCIA MUÑOZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CONTRATISTA

Firma Contratista
STEFANY YOHANA AGUILAR ARENAS
Cedula de Ciudadania No
1.036.643.226 **DE** ITAGUI

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 X.
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 06 de 2019.

Atentamente,

Stefany Aguilar.
Nombre 1036643226.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1036643226
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			STEFANNY JOHANA AQUILAR ARENAS AQUILAR ARENAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CLL 27 # 5A - 26 APTO 201	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7720568021**	TIPO DE PLANILLA:					I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES mayo	AÑO	2019
DÍAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/05/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:					444696230

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.500	$ 0	$ 132.500
SUBTOTALES:										**$ 132.500**	**$ 0**	**$ 132.500**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 103.600
SUBTOTALES:													**$ 103.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 103.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 4.400	$ 4.400	$ 0	$ 0	$ 4.400
SUBTOTALES:									**$ 4.400**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 4.400**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

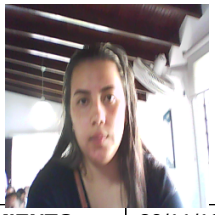
DATOS DEL COTIZANTE						NOVEDADES																				SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD								ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1036643226	AGUILAR ARENAS STEFANY YOHANA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 828.116				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 828.116	103664322	$ 4.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 240.500**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

Fecha de impresión 28/05/2018 8.57 AM

FECHA DEL EXAMEN 2018-05-26 11:27:00



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	STEFANY YOHANA AGUILAR ARENAS								
IDENTIFICACION	CC	1036643226	**EDAD**	25 Años	**SEXO**	F			
ESTADO CIVIL	UNION LIBRE	**ESCOLARIDAD**	PROFESIONAL	**FECHA DE NACIMIENTO**	30/11/1992				
LUGAR DE NACIMIENTO	ITAGUI	**DIRECCION**		**Estrato**	3				
PROCEDENCIA	**DEPARTAMENTO**	Antioquia	**MUNICIPIO**	Medellín	**TELEFONOS**	3104706231			
GRUPO FAMILIAR									
ARL	NO REFIERE								
EPS	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.								

LABORATORIO CLINICO

GLICEMIA		UNIDAD MEDIDA	VALOR REFERENCIA
RESULTADO	78 MG/DL		
IMAGEN			

CUADRO HEMATICO		UNIDAD MEDIDA	VALOR REFERENCIA
ERITROCITOS	5.40	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	14.2	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	44.4	%	36.0-52.0%
VCM	82.2	fl	76-96fl
HCM	26.3	pg	27.0-32.0pg
CHCM	32.0	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	14.5	%	<15.0%
LEUCOCITOS	6.200	mm3	5.000-10.000mm3
RECUENTO DIFERENCIAL %			
GRANULOCITOS	57.6	%	50-70%
LINFOCITOS	32.1	%	25-40%
MIXTAS	10.3	%	3-7%
RECUENTO DIFERENCIAL MM3			
GRANULOCITOS	3.570	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	1.990	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	640	mm3	150-750mm3
RECUENTO PLAQUETARIO			
PLAQUETAS	417.000	mm3	150.000-400.000mm3

PERFIL LIPIDICO - TÉCNICA: COLORIMETRÍA-PUNTO FINAL		UNIDAD MEDIDA	VALOR REFERENCIA
COLESTEROL TOTAL	178	mg/dl	Deseable:< 200mg/dl, Intermedio alto: 200 - 239mg/dl, Alto: Igual o >240mg/dl
TRIGLICÉRIDOS	83	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

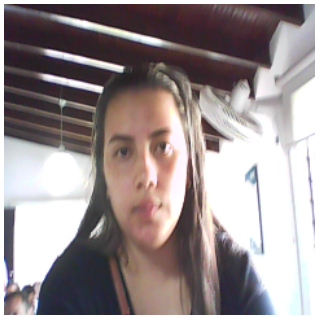
Fecha de impresión 28/05/2018 8.57 AM

COLESTEROL HDL	42	mg/dl	Normal:>40 mg/d
COLESTEROL LDL	119	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	16	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:	STEFANY YOHANA AGUILAR ARENAS
Tipo de Documento:	CC **Documento** 1036643226
Sexo F	**F. Nacimiento:** 30/11/1992 **Edad:** 25 Años
Entidad:	PARTICULAR/MEDELLIN
Centro de Costo:	N/A
Cargo:	TECNICO ADMINISTRATIVO
Fecha de Atencion:	2018-05-26
Fecha y Hora entrega resultados:	28/05/2018 8.57 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:

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA dieta baja en grasa y carbohidratos
VALORACION OPTOMETRICA. uso de Rx optica control anual
OTRAS: estilo de vida saludable.Higiene postural

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

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.O. 11192-2012

Firma y sello del Médico Evaluador

STEFANY YOHANA AGUILAR ARENAS
C.C 1036643226
Firma del trabajador Evaluado