



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

día Mes año

30 06 2019

CONTRATANTE SUPERINTENDENCIA NOTARIADO Y REGISTRO

CONTRATISTA **JUAN DAVID BERMUDEZ LOPEZ**

CEDULA DE CIUDADANIA No. **1.037.597.447** DE **ENVIGADO**

TELEFONOS DE CONTACTO **311-3862432** **000-4942062** FIJO **3851000** EXT. **2271**

E-MAIL PERSONAL **juanda.belo@gmail.com**

E-MAIL INSTITUCIONAL **juan.bermudez@supernotariado.gov.co**

BANCO **AV. VILLAS** No DE CUENTA **509960717** C.A. ☒ C.C. ☐

CONTRATO ACTUAL No

61 DE **2019**

VALOR TOTAL DEL CONTRATO

\$ 11.122.200,00

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

SUPERVISOR DEL CONTRATO

PAULA ANDREA VALENCIA MUÑOZ

CARGO DEL SUPERVISOR

COORDINADORA ADMINISTRATIVA

CDP No. **12419**

CRP No. **19219**

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
EJECUCION 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**

Si

No

No de factura

FACTURA

☒

☐

☐

PERIODO DE PAGO

DEL **01 06 2019**

AL **30 06 2019**

PAGO No.

JUNIO

6

JUNIO

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>

Pagina 1

**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	PENSION	ARL	MES
1.	1021083632	(12,5%)	(16%)		
2.	1021083632	\$ 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		6	JUNIO
AL	30	06	2019			JUNIO

3. INFORME DE SUPERVISION DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES	EVIDENCIAS
<p>A. Proceso en línea de producción del SGD.</p> <p>B. Alistamiento: Preparación de los documentos para realizar el proceso de digitalización según lineamientos de la SNR.</p> <p>C. Digitalización: Captura de documentos físicos en imágenes</p> <p>D. Tipificación y calidad: Indexación, tipificación y publicación en el sistema Documental IRIS</p> <p>E. Armado de documentos: Organización de los documentos en orden de turno.</p> <p>F. Entrega de documentos: Devolver los documentos a los funcionarios de la ORIP</p> <p>G. Reproceso: Consiste en el evento que los funcionarios de la ORIP, consideran que las imágenes digitalizadas no son correctas o que faltan imágenes</p>	<p>A. Esta actividad es realizada por un funcionario de la entidad, se presta apoyo en el traslado de los documentos para ser revisados.</p> <p>B. Se procedió a prestar apoyo en el área de alistamiento en 866 documentos de 6698.</p> <p>C. Se procedió a prestar apoyo en el área de DIGITALIZACION cantidad documentos diligenciados 866 de un total de 6698.</p>

**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 periodo, se deja constancia que el o (la) contratista **JUAN DAVID BERMUDEZ LOPEZ** identificada (o) con cedula de ciudadanía No **1.037.597.447** de **ENVIGADO** cumplió satisfactoriamente con el objeto y obligaciones del contrato de Prestación de Servicios No **61** de **2019** conforme las normas, especificaciones, procedimientos, y demás normas técnicas exigibles.

La o (el) contratista 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. **19219** 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
DEL	01	06	2019
AL	30	06	2019

PAGO No.

6

JUNIO

JUNIO

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

SUPERVISOR

Paula Valencia Muñoz
OFICINA DE REGISTRO DE F.P.P.
COORDINACIÓN TÉCNICO
ADMINISTRATIVA

Firma Supervisor

**PAULA ANDREA VALENCIA MUÑOZ
COORDINADORA ADMINISTRATIVA**

CONTRATISTA

Juan David Bermudez Lopez

Firma Contratista

JUAN DAVID BERMUDEZ LOPEZ

Cedula de Ciudadania No

1.037.597.447 DE ENVIGADO

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 tamaño a 80%
	Izq.	0.8 cm	Derecha	0.8 cm	
	Enc.	0.8 cm	P. de pag.	0.8 cm	

 SNR SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO & REGISTRO <small>La garantía de la fe pública</small>	 MINJUSTICIA	 TODOS POR UN NUEVO PAÍS <small>FAZ EQUIDAD EDUCACIÓN</small>	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

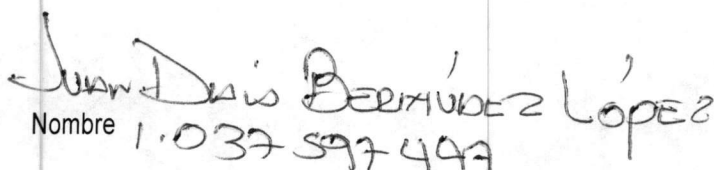
De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 Reforma Tributaria. **Artículo 340. Ingresos de las rentas no laborales.** "Los honorarios percibidos por las personas naturales que presten servicios y que contraten o vinculen por al menos noventa

(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 ☒
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 ☒
4. Dependiente Economico: SI ☐ NO ☒ (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 ☒
6. Realiza ahorro en Cuentas de Ahorro para el Fomento de la Construcción (AFC) SI ☐ NO ☒
7. Credito de Vivienda SI ☐ NO ☒

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

Atentamente,


 Nombre 1.037 597 447

Simple

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-06-12, 01:05:55 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1021083632
Período Cotización: mayo de 2019 Período Servicio: mayo de 2019 Referencia pago (PIN): 8899457770

PAGADO 12/06/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN DAVID BERMUDEZ LOPEZ
Documento	CC1037597447
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	MEDELLIN
Representante Legal	
Total Afiliados	1
Dirección	CRA 41 # 33B SUR 23 APT 301
Teléfono	504
Forma Presentación	ÚNICO
Departamento	ANTIOQUIA
Identificación	
ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades														Pensiones			Salud				Riesgos				Cajas				Parafiscales			Total				
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET P	TDE	TAE	TDP	VSP	CR	VST	SLN	ROE	LMA	VAC	AVP	VCT	IMP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	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	Aporte Ministerio	Total
DC 1037597447	JUAN DAVID BERNARDEZ LOPEZ	99	00																	0	30	30	30	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	\$ 828,116	\$ 132,500 (EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 828,116	\$ 103,600	0.522	\$ 828,116	\$ 4,400 (CCF04) COMFAMA	\$ 828,116		\$ 118,500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 257,100	

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 828,116	IBC Salud	\$ 828,116	IBC Riesgos	\$ 828,116	IBC Cajas	\$ 828,116	Aportes Pensión	\$ 132,500	Aportes Salud	\$ 103,600	Aportes Riesgos	\$ 4,400	Aportes Cajas	\$ 16,600	Aportes SENA	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	(Incapacidades, Licencias, Pagos a Favor) EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 257,100	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 257,100
-------------	------------	-----------	------------	-------------	------------	-----------	------------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	----------	---------------	-----------	--------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	---	------	-------------------	------	--------------------------------	------------	-------------------------	------	-------------	------------



DATOS PACIENTE

Nombres:	JUAN DAVID BERMUDEZ LOPEZ		
Tipo de Documento:	CC Documento	1037597447	
Sexo	M	F. Nacimiento:	30/05/1989
Edad:	28 Años		
Entidad:	PARTICULAR/MEDELLIN		
Centro de Costo:	N/A		
Cargo:	ADMINISTRATIVO		
Fecha de Atención:	2018-05-26		
Fecha y Hora entrega resultados:	26/05/2018 8:14 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 CONTROL NUTRICIONAL

VALORACION OPTOMETRICA CONTROL ANUAL

Se Sugiere Control en Programas de Vigilancia Epidemiológica

CONDICION AUDITIVA

Exámenes Realizados:

AUDIOMETRIA TAMIZ	ESPIROMETRIA	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO
VISIONOMETRIA		

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): RONALD MIGUEL SOTELO RM: 18822
MARIMON

Ronald Miguel Sotelo M.
C.E. 8.411.142
ANÁLISIS Y CONCEPTO
Ocupacional No. 18822

Firma y sello del Médico Evaluador

JUAN DAVID BERMUDEZ LOPEZ

C.C. 1037597447

Firma del trabajador Evaluado

* BOGOTÁ SEDE PRINCIPAL
Calle 19 No. 3-50 Edificio Barchina
Tel. (+57) 281 4500 - 286 5890 - 286 5382

SEDE SUR
Autopista Sur (Transversal 35) No. 42 Sur
Villamayor Tel. (+57) 458 5819 - 203 9094

SEDE CENTRO
Cra. 5 No. 19-08
Tel. (+57) 282 6429 - 342 4804

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 66 No. 17-42
Tel. (+57) 447 0088 - 447 1401 - 414 6387

SEDE OCCIDENTE
Av. Cra. 66 No. 17-42
Tel. (+57) 414 6387 - 260 84

SEDE NORTE
Autopista Norte No. 83-29
Tel. 805 1870 - 810 87 71

SEDE NORTE 2
Autopista Norte No. 83-89
Tel. (+57) 257 9325 - 256 2362

SEDE ZONA FRANCA
Carrera 106 No. 15 A - 25 Edificio Buaires Center
Interior 141 - Oficina 405

BUCARAMANGA
Calle 55 No 31 - 113, Barrio Antiguo Campestre
Tel. (+57) 697 37 34 - 301 737 38 37

VILLAVICENCIO
Calle 34 No. 41 - 74 Barrio Barzal Alto
Tel. (+57) 874 0816 - 874 0815

CARTAGENA DE INDIAS
Avenida Pedro de Heredia, Sector La Amador
Calle 32 No 208 - 21 Piso 2 Tel. (+57) 644 89 71

SEDE BARRANQUILLA
Carrera 518 No. 94 - 334 Oficina 504 Centro Médico Vitar

SANTA MARTA
Calle 22 No 14 - 70 Centro Médico
Páries del Caribe Tel. (+57) 421 48 44 - 421 88

BUENAVENTURA
Calle 7 No. 3-11 Oficina 2001 Edificio Pacific
Trader Center Tel. (+57) 340 4734 - 340 2058

MEDELLÍN
Carrera 80 No. 44 B-97 Barrio la Aménor
Tel. (+57) 412 1145 - 416 7911

CALI
Calle 18 Norte No. 4 N - 47 Barrio Veranes
Tel. (+57) 380 8958 - 382 7357

Paciente : BERMUDEZ LOPEZ JUAN DAVID

Identificación : 1037597447

Sexo/Edad : MASCULINO / 26 Años

Teléfono : N

Médico : STEFANO BELLINI PARDO

Tipo servicio : INSTITUCIONAL

Fecha Servicio 13/02/2018

Fecha reporte : 13/02/2018 19:18

Nro. Servicio : 30243378

Nro. Paciente : 12025

Habitación :

Empresa : COMFAMA - COMFAMA ENVIGADO - MEDELLIN

dinamica
Especialistas en ayudas diagnósticas

Análisis	Resultado	Valores de referencia	Unidad
COLESTEROL TOTAL			
COLESTEROL TOTAL	162	< 200	mg/dL
VALORES DE REFERENCIA ATPIII (2004)			
OPTIMO		< 200	mg/dL
LIGERAMENTE ELEVADO		200	mg/dL
ELEVADO		> 240	mg/dL
J Am Coll Cardiol 2014 Jul 1;63(25 Pt B):2889-2934			
El valor ideal para cada paciente varía según factores de riesgo individuales.			
MÉTODO: ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO.			
RESPONSABLE			
PROCESO TECNICO: MAGDA LILIANA CARDENAS			
TRIGLICERIDOS			
TRIGLICÉRIDOS	95	< 200	mg/dL
Nota: El valor ideal para cada paciente varía, según factores de riesgo individuales.			
MÉTODO: ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO.			
COLESTEROL HDL			
COLESTEROL HDL	42		mg/dL
INTERVALOS BIOLÓGICOS DE REFERENCIA:			
SIN RIESGO		H: > 55	mg/dL
RIESGO MODERADO		H: 35 - 55	mg/dL
ALTO RIESGO		H: < 35	mg/dL
MÉTODO: ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO.			
RESPONSABLE			
PROCESO TECNICO: MAGDA LILIANA CARDENAS			
Dinámica IPS certifica el carácter técnico y científico de este documento y en consecuencia, responde íntegramente por su contenido			

www.dinamicaips.com.co

Medellín: (4) 444 7428 - Bogotá: (1) 489 7904 - Cali: (2) 380 8956 - Barranquilla: (5) 319 7976 - Resto del país: 01 8000 51 7736
www.dinamicaips.com.co

El resultado de conocerte mejor.

Paciente : BERMUDEZ LOPEZ JUAN DAVID

Identificación : 1037597447

Sexo/Edad : MASCULINO / 26 Años

Teléfono : N

Médico : STEFANO BELLINI PARDO

Tipo servicio : INSTITUCIONAL

Fecha Servicio 13/02/2018

Fecha reporte : 13/02/2018 19:18

Nro. Servicio : 30243378 Nro. Paciente : 12025

Habitación :

Empresa : COMFAMA - COMFAMA ENVIGADO - MEDELLIN

dinamica
Especialistas en ayudas diagnósticas

Análisis	Resultado	Valores de referencia		Unidad
GLUCOSA (SUERO, LCR, OTROS FLUIDOS)				
GLUCOSA EN AYUNAS	98	74	106	mg/dL
VALORES DE REFERENCIA ADA-OMS:				
GLUCOSA NORMAL EN AYUNAS (ADA)		<=100		mg/dL
GLUCOSA ANORMAL EN AYUNAS (ADA)		100	125	mg/dL
CRITERIO PARA DIAGNÓSTICO DE DIABETES *		>= 126		mg/dL
GLUCOSA OCASIONAL VALOR NORMAL		<200		mg/dL
VALORES NORMALES R.N A TÉRMINO (1 DÍA)		30	90	mg/dL
GLUCOSA EN LCR		Niños: 60 - 80	Adultos: 40 - 70	mg/dL
* Criterio según ADA y OMS para diagnóstico de Diabetes incluye niveles de HbA1C > o igual a 6.5%				
Diabetes Care, Vol 34 Enero 2011.				
MÉTODO: ENZIMÁTICO HEXOQUINASA.				
BACTERIOLOGIA				
PROCESO TECNICO: MAGDA LILIANA CARDENAS				
CREATININA EN SUERO, ORINA Y OTROS				
CREATININA EN SUERO	0.89	H. 0.67 - 1.17	M. 0.51 - 0.95	mg/dL
Intervalos Biológicos de Referencia en Suero				
Neonatos (a término)		0.31	0.88	mg/dL
Neonatos (prematuros)		0.33	0.98	mg/dL
Niños:				
De 2 a 12 meses		0.16	0.39	mg/dL
De 1 año a menor de 3 años		0.18	0.35	mg/dL
De 3 años a menor de 5 años		0.26	0.42	mg/dL
De 5 años a menor de 7 años		0.29	0.47	mg/dL
De 7 años a menor de 9 años		0.34	0.53	mg/dL
De 9 años a menor de 11 años		0.33	0.64	mg/dL
De 11 años a menor de 13 años		0.44	0.68	mg/dL
De 13 años a menor de 15 años		0.46	0.77	mg/dL
MÉTODO: ENZIMÁTICO.				
BACTERIOLOGIA				
LUZ MARINA RESTREPO RESTREPO				
REG. 16883-89				

Dinámica IPS certifica el carácter técnico y científico de este documento y en consecuencia, responde íntegramente por su contenido

www.dinamicaips.com.co

Medellín: (4) 444 7428 - Bogotá: (1) 489 7904 - Cali: (2) 380 8956 - Barranquilla: (5) 319 7976 - Resto del país: 01 8000 51 7736
www.dinamicaips.com.co

El resultado de conocerte mejor.

Paciente : BERMUDEZ LOPEZ JUAN DAVID

Identificación : 1037597447

Sexo/Edad : MASCULINO / 26 Años

Teléfono : N

Médico : STEFANO BELLINI PARDO

Tipo servicio : INSTITUCIONAL

Fecha Servicio 13/02/2018

Fecha reporte : 13/02/2018 15:12

Nro. Servicio : 30243378 Nro. Paciente : 12025

Habitación :

Empresa : COMFAMA - COMFAMA ENVIGADO - MEDELLIN

dinamica
Especialistas en ayudas diagnósticas

Análisis	Resultado	Valores de referencia		Unidad
TIROIDEA ESTIMULANTE TSH				
TSH	2.46			mUI/L
VALORES DE REFERENCIA				
DE 1 A 3 DÍAS		H: < 13.3	M: < 13.3	mUI/L
1 A 4 SEMANAS		H: 0.6 - 10	M: 0.6 - 10	mUI/L
1 MES A 5 AÑOS		H: 0.55 - 7.1	M: 0.46 - 8.1	mUI/L
DE 6 A 18 AÑOS		H: 0.38 - 6.0	M: 0.36 - 5.8	mUI/L
ADULTOS		0.35	4.94	mUI/L
EMBARAZADA				
1er TRIMESTRE		0.08	2.82	mUI/L
2do TRIMESTRE		0.19	2.79	mUI/L
3er TRIMESTRE		0.30	2.9	mUI/L
TÉCNICA: QUIMIOLUMINISCENCIA				
Nota: Valores de referencia para embarazadas según estudio (n:1812) European Journal of Endocrinology 157: 509 - 514.2007.				
OBSERVACIONES: Nuevos rangos de referencia para pruebas de función Tiroidea a partir del 28 de Enero de 2015.				
BACTERIOLOGO				
DENIS CAROLINA MOZO DE LEON				
REG. 11-4560-06				

Dinámica IPS certifica el carácter técnico y científico de este documento y en consecuencia, responde integralmente por su contenido

www.dinamicaips.com.co

Medellín: (4) 444 7428 - Bogotá: (1) 489 7904 - Cali: (2) 380 8956 - Barranquilla: (5) 319 7976 - Resto del país: 01 8000 51 7736
www.dinamicaips.com.co

El resultado de conocerte mejor.

Paciente: BERMUDEZ LOPEZ JUAN DAVID

Sexo/Edad: MASCULINO / 26 Años

Médico: STEFANO BELLINI PARDO

Fecha Servicio: 13/02/2018

Nro. Servicio: 30243380 Nro. Paciente: 12025

Empresa: COMFAMA - COMFAMA ENVIGADO - MEDELLIN

Identificación: 1037597447

Teléfono: N

Tipo servicio: INSTITUCIONAL

Fecha reporte: 13/02/2018 15:39

Habitación:

dinamica
Especialistas en ayudas diagnósticas

Análisis	Resultado	Valores de referencia	Unidad
HEMATOCRITO Hematocrito	43	M: 36 a 48 H: 40 a 54	%
BACTERIOLOGO JULIAN ANDRES PARRA GOMEZ REG. 5-0912-13			

Dinámica IPS certifica el carácter técnico y científico de este documento y en consecuencia, responde integralmente por su contenido

www.dinamicaips.com.coMedellín: (4) 444 7428 - Bogotá: (1) 489 7904 - Cali: (2) 380 8956 - Barranquilla: (5) 319 7976 - Resto del país: 01 8000 51 7736
www.dinamicaips.com.co*El resultado de conocerte mejor.*