

<div><div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</div></div>	FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)		Código Regional		11			
			Código Centro		940410			
			Fecha Elaboración		16 de Marzo de 2025			
			Versión		ENERO - 2.25			
			ID de Proceso		52828-013142			
REGIONAL DISTRITO CAPITAL								
CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.								
Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1								
DATOS DEL CONTRATISTA								
Nombres y apellidos:		ARACELY CALDERON PARRA		Banco a consignar:		BANCO DE BOGOTA		
Cédula de Ciudadanía		60.259.400		Tipo de cuenta:		AHORROS		
Correo electrónico:		acalderonp@sena.edu.co		Número de Cuenta:		606241065		
IP/N° de contacto:		3014399261		Presta Servicios Excluidos de IVA:		NO		
Inducción SST:		SI		Pertenece al régimen simple de tributación:		NO		
Régimen del IVA:		NO RESPONSABLE		Es declarante de renta por el año gravable 2024		SI		
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?						NO		
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000						SI		
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)						NO		
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?						NO		
Concepto del pago corresponde a:						Ninguno		
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.						0,00%		
DATOS DEL CONTRATO								
N° del contrato:		7426999/2025		N° Compromiso SIIF		17725		
				Número de pagos durante la vigencia del contrato		11		
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		Prestar servicios profesionales de carácter temporal, orientando la Formación Profesional Integral, así como otras actividades que se deriven de los procesos formativos de acuerdo con la programación establecida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, madrugada y fines de semana en su sede principal, subse des y organizaciones, ejecutando acciones						
DATOS PERIODO DEL PAGO								
Del		01/03/2025		Al		31/03/2025		
Número de pago		2		Saldo Anterior del Contrato:		\$ 44.308.622		
Valor Bruto Pago:		\$ 4.599.511,00		Valor Total del Contrato:		\$ 47.528.280		
				Nuevo Saldo del Contrato:		\$ 39.709.111		
RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
Ingresos por honorarios		\$ 4.599.511		Ninguno		0,00%		
Ingresos por comisiones		\$ 0		Retencion en la Fuente del Periodo		\$ 0		
Ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ 0						
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO		\$ 4.599.511		Menos, Retefuente Otros Ingresos		\$ 0		
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE		\$ 3.049.411		TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO		\$ 0		
LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR								
		Marzo		Febrero		Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.049.411,00	TARIFA
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS		-----		83936218		Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.075.111,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804		\$ 1.423.500		Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000		\$ 178.000		IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400		\$ 227.800		Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -		\$ 0		Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL		\$ 9.700		\$ 7.500		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	39.366,00	0,966%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -					0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		\$ -					0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		\$ -				Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784		\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$36.062.775		\$ 1.016.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 702.000				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		\$				VALOR A PAGAR	\$4.560.145,00	
SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE								
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO								
1. Apoyar la implementacio n de los principios del Proyecto Educativo Institucional (PEI) en el desarrollo de actividades formativas.								
2. Cumplir con los lineamientos establecidos en el Reglamento del aprendiz SENA, aplicando las disposiciones relacionadas con los proce								
3. Entregar productos especí ficos segu n lo estipulado en el contrato, tales como informes, reportes, registros, guí as, manuales, fo								
4. Desarrollar actividades de apoyo en la formacio n profesional integral, garantizando la alineacio n con los esta ndares de calidad,								
5. Colaborar en la planeacio n, ejecucio n y evaluacio n de procesos de aprendizaje, aplicando estrategias especí ficas definidas para								
6. Registrar las novedades en el sistema Sofí a Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos mediante tareas como creacio n de rut								
7. Gestionar el registro de inasistencias y reportar casos para la activacio n de rutas de desercio n o rutas preventivas asociadas a								
8. Revisar la consistencia de los datos de aprendices y su actualizacio n en el sistema Sofí a Plus u otro dispuesto por el Centro de								
9. Elaborar, actualizar y entregar ajustes razonables en la planeacio n de la formacio n, dirigidos a aprendices con habilidades diver								
PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:								
1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí								
ARACELY CALDERON PARRA EL CONTRATISTA								
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO								
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:								
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;								
2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;								
3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.								
Autorizo el presente pago. El Supervisor,								
DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO INSTRUCTOR G20								
Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:								
EL ORDENADOR DEL PAGO VIVIANA GOMEZ VARGAS SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)								

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	60259400	ARACELY CALDERON PARRA		KR 93 6 37 Barrio Ciudad Tintal Etapa IV	2696348	aracalfe@hotmail.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-02	2025-02	I	03/03/2025	83936218	TOTAL A PAGAR \$413.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	60259400	ARACELY CALDERON PARRA		KR 93 6 37 Barrio Ciudad Tintal Etapa IV	2696348	aracalfe@hotmail.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-02	2025-02	I	03/03/2025	83936218	\$413.300
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Excedente	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	60259400	CALDERON PARRA ARACELY	59	0		N																		230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-23	1.423.500	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



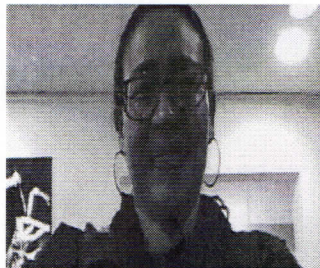
Cendiatra

CERTIFICADO MÉDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO

Dirrección: CALLE 19 No. 3-50 p 12 Cs 1202 y 1203
Teléfono: (57 1) 7443001
Web: www.cendiatra.com
Email: contactenos@cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA CENTRO	DIRECCIÓN	Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes
TELÉFONO	2826429 - 3424934	EMAIL	citas.centro@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-27	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	ARACELY CALDERON PARRA	Identificación CC	Nro 60259400
Fecha de Nacimiento	1973-06-16	Edad	49
Sexo	F		
Empresa	PACIENTE OCASIONAL		
Cargo	INSTRUCTORA - DOCENTE		
Fecha Ingreso	2023-01-27 07:51:06	Fecha Salida	2023-01-27 14:40:04

EXAMENES

ENFASIS CARDIOVASCULAR
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
PSICOMETRICO
COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO
GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

ENFASIS OSTEOMUSCULAR
EXAMEN OPTOMETRICO
COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL
COLESTEROL TOTAL
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TRIGLICERIDOS

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD

RECOMENDACIONES

NUTRICIONALES – CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA

VALORACION OPTOMETRICA

OTRAS:

SE_SUGIERE_CONTROL_PROGRAMAS_VIGILANCIA_EPIDEMIOLOGICA

OTROS

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SI

SI

NO PRESENTA

NO PRESENTA

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, 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 haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST.

La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración.

Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

G. Teiruma Valbuena
C.C. 1026275864
Médico SST.
Lic. 9201 20/06/21

GUDDRID TEIRUMA VALBUENA VEGA

RM: 1026275864

Firma y sello del médico

Aracely Calderon Parra

ARACELY CALDERON PARRA

CC 60259400

Firma del trabajador

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL
(EXAMEN PSICOMETRICO)

FECHA: 27/01/2023
EMPRESA: PARTICULAR
NOMBRE: ARACELY CALDERON PARRA
CÉDULA: 60259400
EDAD: 49 CARGO: INSTRUCTORA – DOCENTE

CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

INTERPRETACION DEL RESULTADO: Con la aplicación de la prueba se identifican rasgos de personalidad asociados con el perfil de individuos fuertes, equilibrados y de movilidad rápida, son personas sociales, discordantes, locuaces, reactivas, vivaces y despreocupadas, tienden a ser líderes de gran productividad, buena capacidad de trabajo y facilidad para adecuarse a situaciones nuevas.

- Se presenta alta incidencia de respuestas afirmativas en la escala de control.

OBSERVACIONES

De acuerdo con test de personalidad realizado a la fecha, no se evidencia la existencia de trastornos mentales ni de conducta o alteraciones relevantes en la escala de salud mental.

Por tal motivo no se refleja ninguna alteración psicológica

NOTA: Esta prueba corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no una prueba diagnóstica.


Ericka Camacho
Psicóloga T. P. 164612
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
No. 3897 de 12/04/2019

FIRMA DEL EVALUADOR: _____



EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/27
www.cendiatra.com

SEDE	CENDIATRA CENTRO	DIRECCIÓN	Cra. 5 No. 19 - 08 Edificio Los Andes
TELÉFONO	2826429 - 3424934	EMAIL	citac.centro@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-27	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO



IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ARACELY CALDERON PARRA	Identificación CC	Nro 60259400
Fecha de Nacimiento	1973-06-16	Edad	49
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	Sexo	F
Cargo	INSTRUCTORA - DOCENTE		
Fecha Ingreso	2023-01-27 08:01:53	Fecha Salida	2023-01-27 08:01:57

DATOS EMPRESA

ACTIVIDAD ECONOMICA DOCENTE

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES	NO
CIRUGIA OCULAR	NO
GLAUCOMA	NO
HIPERTENSION ARTERIAL	NO
ALERGIAS	NO
OTROS	HIPOTIROIDISMO EN TTO
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	SI

MOTIVO DE CONSULTA

VISION BORROSA	NO
ARDOR	NO
LAGRIMEO	NO
ENROJECIMIENTO	NO
PRURITO	NO
CEFALEA	NO
ASTENOPIA	NO
SALTO DE RENGLON	NO
FOTOFOBIA	NO
SECRECION	NO
DOLOR OCULAR	NO
VISION DOBLE	NO
INVERSION DE NUMEROS O LETRAS	NO
MAREO	NO
VERTIGO	NO
MIODESOPSIAS	NO
OTROS	UTILIZA CORRECCION VISUAL PERMANENTE ULTIMO RX HACE 1 AÑO ULTIMO EXAMEN VISUAL HACE 5 MESES

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA	
CON CORRECCION OD	20/20
CON CORRECCION OI	20/25
CON CORRECCION AO	20/20
VISION PROXIMA	
CON CORRECCION OD	0.75 cm
CON CORRECCION OI	0.75 cm
CON CORRECCION AO	0.75 cm
ESTENOPEICO	



EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/27
www.cendiatra.com

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

OD	HIPEREMIA
OI	HIPEREMIA

COVER TEST

LEJOS	ORTHO
CERCA	EXOFORIA
HIRSCHBERG	CENTRADO
P.P.C	7
MOTILIDAD OCULAR	NORMAL

QUERATOMETRIA

OD	NO APLICA
----	-----------

OFTALMOSCOPIA

OD	FONDO DE OJO SIN ALTERACION
OI	FONDO DE OJO SIN ALTERACION

REFRACCION

OJO DERECHO

ESTATICA	NO APLICA
DINAMICA	NO APLICA
CICLOPLEJIA	NO APLICA

OJO IZQUIERDO

ESTATICA	NO APLICA
DINAMICA	NO APLICA
CICLOPLEJIA	NO APLICA

TEST ADICIONALES

TEST ADICIONALES	NO APLICA
VISION CROMATICA	NORMAL
ESTERIOPSIS	NORMAL
TITMUS	NO
RX EN USO	

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	H521: Miopía
DIAGNOSTICO PATOLOGICO	H522: Astigmatismo
OBSERVACIONES	CONTINUAR EL USO PERMANENTE DE SUS LENTES, CONTROL ANUAL. SE RECOMIENDAN PAUSAS VISUALES EN FIJACION PROLONGADA.

RECOMENDACIONES

REQUIERE FORMULA	SI
CONTROL ANUAL	SI
VALORACION OFTALMOLOGICA	NO
VALORACION OPTOMETRICA	SI

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA	NO
-----------------	----

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO
----------------	----



EXAMEN OPTOMETRICO

Fecha de impresión: 2023/01/27
www.cendiatra.com

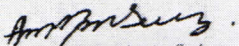
FORMULA OPTOMETRIA

OD
OI
ADICION

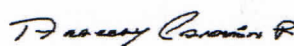
Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.


Dra. Andrea Mendivelso Suárez
Optómetra U. El Bosque
T.P 1013603919 

ANDREA MENDIVELSO SUAREZ
RM: 1013603919



ARACELY CALDERON PARRA
CC 60259400

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	ARACELY CALDERON PARRA	No. Documento	60259400
Identificación	CC	Edad	49 años 7 meses 11 días
Fecha de Nacimiento	1973-06-16	Empresa	PACIENTE OCASIONAL
Sexo	F	Sede	CENDIATRA CENTRO
Fecha toma	2023-01-27 07:30:00		

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	97	Unidad de referencia: mg/dl	Referencia: Normal: 70-100 mg/dl, AGA: >100-125mg/dl, DM: >126

ANALISIS HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA) AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
ERITROCITOS	RESULTADO ANEXO	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	.	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	.	%	36.0-52.0%
VCM	.	fl	76-96fl
HCM	.	pg	27.0-32.0pg
CHCM	.	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	.	%	<15.0%
LEUCOCITOS	.	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	%	50-70%
LINFOCITOS	.	%	25-40%
MIXTAS	.	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	.	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	.	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	.	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	..	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO

ADJUNTO

TITULO	RESULTADO
--------	-----------

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	240	mg/dl	Valor Referencia: Deseable: < 200 mg/dl, Intermedio alto: 200-239 mg/dl, Alto: Igual o > 240 mg/dl

TRIGLICERIDOS

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	154	mg/dl	Normal:<150mg/, Intermedio:150 - 199mg/dl, Alto:200 - 499mg/dl, Muy alto: Igual o >500mg/dl

COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD HDL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	37	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

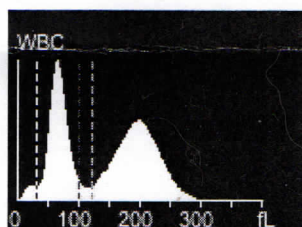
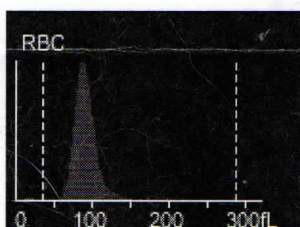
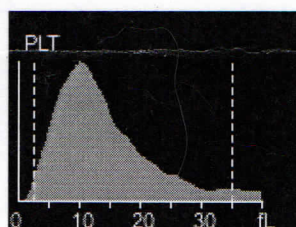
TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	172.2	mg/dl	Óptimo:<100 mg/dl, Cercano al óptimo: 100 -129 mg/dl, Intermedio alto: 130 -159 mg/dl, Alto: 160 -189 mg/dl, Muy alto: Igual o >190 mg/dl

HEMOGRAMA

Nombre: Aracely ID de muestra: 60259400
 Apellido(s): Calderon parra Edad:
 Género: Mujer
 Hora del informe: 2023/01/27 10:34



Parámetro	Resultado	Rango de ref.	Unidad
1 WBC	7,27	3,50-9,50	10⁹/L
2 Lym%	39,6	20,0-50,0	%
3 Gran%	57,8	50,0-70,0	%
4 Mid%	2,6 ↓	3,0-9,0	%
5 Lym#	2,88	1,10-3,20	10 ⁹ /L
6 Gran#	4,20	2,00-7,00	10 ⁹ /L
7 Mid#	0,19	0,10-0,90	10 ⁹ /L
8 RBC	5,14	3,80-5,80	10¹²/L
9 HGB	16,1	11,5-17,5	g/dL
10 HCT	45,5	35,0-50,0	%
11 MCV	88,5	82,0-100,0	fL
12 MCH	31,4	27,0-34,0	pg
13 MCHC	35,5 ↑	31,6-35,4	g/dL
14 RDW-CV	13,4	11,5-14,5	%
15 RDW-SD	40,4	35,0-56,0	fL
16 PLT	296	125-350	10⁹/L
17 MPV	10,0	7,0-11,0	fL
18 PDW	12,0	9,0-17,0	fL
19 PCT	0,296 ↑	0,108-0,282	%
20 P-LCR	27,7	11,0-45,0	%
21 P-LCC	82	30-90	10 ⁹ /L



Natalia