SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

**FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)**

**REGIONAL DISTRITO CAPITAL**

**CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.**

**Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1**

| | |
|---|---|
| **Código Regional** | **11** |
| **Código Centro** | **940410** |
| **Fecha Elaboración** | **Setiembre de 2025** |
| **Versión** | **ENERO - 2.25** |
| **ID de Proceso** | **31381-770734** |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombres y apellidos:** | ALBERTO QUIROGA ROCHA | **Banco a consignar:** | DAVIVIENDA |
| **Cédula de Ciudadanía** | 79.893.971 | **Tipo de cuenta:** | AHORROS |
| **Correo electrónico:** | aquirogasena@gmail.com | **Número de Cuenta:** | 451570128145 |
| **IP/Nº de contacto:** | 3134631117 | **Presta Servicios Excluidos de IVA:** | SI |
| **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** | NO |
| **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:** | Honorarios profesionales a persona declarante de renta |
| **TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.** | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nº del contrato:** | 7431111/2025 | **Nº Compromiso SIIF** | **19725** | **Número de pagos durante la vigencia del contrato** | 9 |

| | |
|---|---|
| **OBJETO CONTRACTUAL:** (Descripciòn 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, subsedes y organizaciones, ejecutando acciones |

## DATOS PERIODO DEL PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Del** | **01/09/2025 Al 30/09/2025** | **Saldo Anterior del Contrato:** | $ 4.906.145 |
| **Número de pago** | **8** | **Valor Total del Contrato:** | $ 35.722.869 |
| **Valor Bruto Pago:** | **$ 4.599.511,00** | **Nuevo Saldo del Contrato:** | $ 306.634 |

## RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ingresos por honorarios | $ 4.599.511 | Honorarios profesionales a persona declarante de re | 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

| | | Setiembre | Agosto |
|---|---|---|---|
| **Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS** | | ---------- | **89535872** |
| **Ingreso Base de Cotización - IBC** | | $ 1.839.804 | $ 1.839.804 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 230.000 | $ 230.000 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 294.400 | $ 294.400 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL I | | $ 9.700 | $ 9.700 |
| Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes | | $ - | |
| Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias | | $ - | |
| Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC | | $ - | |
| Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias | | $ - | |
| Intereses Prestamo de Vivienda | | $ - | |
| Dependientes hasta | | $ - | |
| Salud hasta | $ 796.784 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 29.505.907 | $ 1.016.000 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 6.798.000 | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | |

| | | |
|---|---|---|
| Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.049.411,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.075.111,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 39.366,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| **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

Publicación de evidencias sobre el material de apoyo a la formación.

Cumplimiento a los requerimientos establecidos por la Coordinación Académica en pro de apoyar los procesos formativos correspondientes

Aplicación de los lineamientos de los proyectos formativos, correspondientes.

Impartir las acciones de Formación Profesional Integral, a los aprendices asignados, en la Modalidad presencial, en la jornada.

Control de asistencia para el desarrollo del cronograma establecido en la ejecución de la formación.

Registrar las novedades en el sistema Sofía Plus, asegurando la trazabilidad de los procesos.

Desarrollo de actividades y evidencias de conocimiento, desempeño y producto.

Cumplimiento al manejo de datos personales de los aprendices programados en el trimestre en curso.

Asistencia oportuna a las reuniones determinadas por la Coordinación Académica.

**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

**ALBERTO QUIROGA ROCHA**
**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 período 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,

Digitally signed by DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Date: 2025.09.16 22:51:12 -05'00'

**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**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79893971 | ALBERTO QUIROGA ROCHA | CL 81 N 102-75 BLO 39 APT 2012 | 3134631117 | AQUIROGASENA@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 08/09/2025 | 89535872 | $534.100 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 230.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 230.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 294.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 294.400 | 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 | 9.700 | | | | 9.700 | 0 | 0 | 9.700 | | | 97 | 9.700 | 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 | 230.000 | 230.000 |
| Pensión | 1 | 294.400 | 294.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.700 | 9.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 534.100 | 534.100 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 79893971 | ALBERTO QUIROGA ROCHA | CL 81 N 102-75 BLO 39 APT 2012 | 3134631117 | AQUIROGASENA@GMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-08 | 2025-08 | I | 08/09/2025 | 89535872 | $534.100 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario 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 | 79893971 | QUIROGA ROCHA ALBERTO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.840.000 | 294.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.840.000 | 230.000 | 14-23 | 1.840.000 | 1 | 9.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

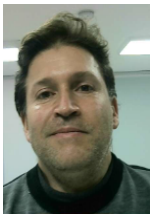
PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

**SISTEMAS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL**
**No. Identificación** 830072208-4
**Dirección:** CARRERA 11 # 66 53 PISO 4
**Telefono:** 7653378-3045395508
**Email:** gerenciasiso@outlook.es

**CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en SISTEMA OSTEOMUSCULAR**

## Información General



| | | | |
|---|---|---|---|
| Fecha impresión: | BOGOTA D.C. - 2023/07/12 | Nro Ingreso: | 20230712020128 |
| Paciente: | ALBERTO . QUIROGA ROCHA | CC: | 79893971 |
| Edad: | 45 años | Nombre Cliente: | SISTEMAS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL |
| Género: | Masculino | Tipo Evaluación: | Ingreso |
| Cargo: | DOCENTE | | |
| Orígen: | INDEPENDIENTE | Destino: | INDEPENDIENTE |
| Fecha Salida: | 2023-07-12 11:46:52 | Fecha Atención: | 2023-07-12 08:48:13 |

## Pruebas de Apoyo Diagnóstico

| PARACLINICOS | LABORATORIO CLINICO | COMPLEMENTARIOS | VACUNAS |
|---|---|---|---|
| VISIOMETRIA | GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA | | |
| PSICOLOGIA | HEMOGRAMA V [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA, DISPERSOGRAMA] METODO AUTOMATICO VSG | | |
| PSICOLOGIA OCUPACIONAL | PERFIL LIPIDICO COL TOTAL, HDL, LDL, VLDL, TRIG | | |

## Certificacion de Aptitud

| | |
|---|---|
| CONCEPTO - EXAMEN INGRESO: | INGRESO SIN RECOMENDACIONES MEDICAS |
| OBSERVACIONES AL CONCEPTO: | SIN OBSERVACIÓN |
| ENFASIS - SISTEMA OSTEOMUSCULAR: | REALIZADO |

## Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

## Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

## Recomendaciones Especificas y/o Restricciones

SEGUIR LAS INDICACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO IMPARTIDAS POR LA EMPRESA, PRACTICAR LA HIGIENE Y EL LAVADO DE MANOS DURANTE LA LABOR, USO DEL TAPABOCAS Y DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL. SEGÚN EL RIESGO DE EXPOSICIÓN, PRACTICAR EL AUTOCUIDADO.

**Autorizo la realización de exámenes ocupacionales según consentimiento informado y política de protección de datos diligenciadas en el autoreporte de condiciones de salud que previamente firme. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SISTEMAS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL.**

Dr. Manuel Felipe Primo
Médico Especialista en Salud Ocupacional
REG. 2423/11 Lic. So. 14890/14

Profesional Ocupacional: MANUEL FELIPE PRIMO NEIRA
Registro M.D: 24232011
Licencia S.O: 14890/2014

Firma del Paciente: ALBERTO . QUIROGA ROCHA
Identificacion: CC. - 79893971

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

**SISTEMAS INTEGRALES EN SALUD OCUPACIONAL**
**Código Prestador:** 110010849901
**No. Identificación:** 830072208-4
**Dirección:** CARRERA 11 # 66 53 PISO 4
**Teléfono:** 7653378-3045395508
**Email:** gerenciasiso@outlook.es

Fecha de Impresión: **2023/07/12 11:39:41**
**Resultados Paraclinicos**

## Datos del Paciente

| | | | |
|---|---|---|---|
| Identificación: | **CC - 79893971** | Nro Historia: | **79893971** |
| Paciente: | **QUIROGA ROCHA ALBERTO .** | Nro Ingreso: | **20230712020128** |
| Fecha Nac: | **1977/10/17** | Fecha Atención: | **2023-07-12 08:48:13.000** |
| Dirección: | **CALLE 68 BIS N 99 59** | Tipo Evaluación: | **Ingreso** |
| Edad: | **45 años** | Enfasis: | **Sistema Osteomuscular** |
| Sexo: | **Masculino** | | |
| Teléfono: | | | |
| Nombre del Cargo: | **DOCENTE** | | |

| | Resultado | Unidad | Valor de Referencia |
|---|---|---|---|
| ***PERFIL LIPIDICO COL TOTAL, HDL, LDL, VLDL, TRIG*** | | | |
| **QUÍMICA SANGUÍNEA** | | | |
| COLESTEROL TOTAL | 176 | MG/DL | OPTIMO: MENOR DE 200 - LIMITE ALTO: 200-239 - ALTO: MAYOR A 240 |
| TRIGLICERIDOS | 133 | | " NORMAL MENOR DE 150 - LEVEMENTE ELEVADO150-199 - ELEVADO 200-499 |
| ***HEMOGRAMA V [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA E HISTOGRAMA, DISPERSOGRAMA] METODO AUTOMATICO VSG*** | | | |
| **HEMATOLOGÍA Y COAGULACIÓN** | | | |
| RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS | 5.1 | X10^6/MM^3 | 4,00-5,00 |
| HEMOGLOBINA | 17.1 | G/DL | 12-17,4 |
| HEMATOCRITO | 49.4 | % | 36-52 |
| V.C.M | 91 | FL | 76-96 |
| H.C.M. | 30.2 | PG | 27-32 |
| C.H.M.C. | 33.9 | G/DL | 30-35 |
| R.D.W. | 14.8 | % | 12-14.5 |
| RECUENTO DE LEUCOCITOS | 7200 | /MM^3 | 5000-10000 |
| NEUTROFILOS | 55.0 | % | 50-75 |
| LINFOCITOS | 35.0 | % | 25-40 |
| MONOCITOS | 6.0 | % | 3-7 |
| EOSINOFILOS | 4.0 | % | 1-4 |
| BASOFILOS | 0 | % | 0.5-1 |
| LINFOCITOS REACTIVOS | 0 | % | 0.0-2.5 |
| RECUENTO DE PLAQUETAS | 282000 | /MM^3 | 150000-450000 |
| M.P.V. | 9.29 | UM^3 | 7.5-8.5 |
| P.C.T. | 0.168 | % | |
| I.D.P. | 15.4 | % | |
| V.S.G. | 2 | MM/HORA | 1-15 |
| ***GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA*** | | | |
| **QUÍMICA SANGUÍNEA** | | | |
| GLUCOSA EN SUERO | 71 | MG/DL | 65 - 110 |

SANDRA YURLEY RANGEL PASTO
Cédula: 27634086
Registro Médico: 54821
Bacteriologo (a)

Copyright 2006 - 2023 Innovasoft Colombia S.A.S. Todos los Derechos Reservados.