

 <div>SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE</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
	REGIONAL DISTRITO CAPITAL		Código Centro	940410
	CENTRO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA- BTÁ D.C.		Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
	Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1		Versión	ENERO - 2.25
			ID de Proceso	85943-242303
DATOS DEL CONTRATISTA				
Nombres y apellidos: YENNY YOVANNA GOMEZ CORTES		Banco a consignar: BANCOLOMBIA		
Cédula de Ciudadanía: 52.293.584		Tipo de cuenta: AHORROS		
Correo electrónico: yygomez@sena.edu.co		Número de Cuenta: 91209841458		
IP/Nº de contacto: 3158940347		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: Ninguno				
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. 0,00%				
DATOS DEL CONTRATO				
Nº del contrato: 8417224/2025		Nº Compromiso SIIF 176225		Número de pagos durante la vigencia del contrato 3
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 01/11/2025 Al 30/11/2025		Saldo Anterior del Contrato: \$ 7.205.901		
Número de pago 2		Valor Total del Contrato: \$ 10.578.876		
Valor Bruto Pago: \$ 4.599.511,00		Nuevo Saldo del Contrato: \$ 2.606.390		
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				
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		Noviembre	Octubre	Base retención en la fuente a título de RENTA 3.049.411,00 TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		\$ 1.839.804	\$ 1.423.500	Base retención en la fuente a título de ICA 4.075.111,00
Aporte obligatorio a seguridad social salud		\$ 230.000	\$ 178.000	Valor base IVA 0,00
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		\$ 294.400	\$ 227.800	IVA (Si es RESPONSABLE) 0,00 19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente 0,00 0,00%
ARL I		\$ 9.700	\$ 7.500	Menos Retencion IVA 0,00 15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		\$ -		Reteica - 8299 - BOGOTÁ 39.366,00 0,966%
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		\$ -		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% \$ 9.835.302		\$ 1.016.000		
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. \$ 740.000				
Retención en la Fuente Contingente \$				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 MICTE				
ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO				
1. Se sigue los lineamientos para terminar la formación.				
3. Documentos del desarrollo de la formación de acuerdo con las directrices de coordinación: Se siguen las orientaciones de la coordinación				
4. Se siguen las indicaciones y se cumple con la normatividad y el modelo de formación integral a los grupos orientando las competencias				
7. Se siguen las orientaciones de la coordinación generando acompañamiento en la etapa productiva- seguimiento en Sofia Plus y caprendizaje				
8. Se siguen las orientaciones de Etapa productiva para actualizar los datos de los aprendices de cada grupo de formación.				
10.Se hace inducción de etapa productiva se hace socialización cada grupo asignado.				
12.Se cumple con la orientación de acuerdo con la normatividad Vigente, para ello se protege la información de cada aprendiz				
20.Desarrollo de la formación de acuerdo con la carga horaria asignada, planeación, seguimiento, evaluación de la etapa productiva de la formación				
23. Se inicia el proceso de contextualización de los grupos adjudicados para el seguimiento de la etapa productiva.				
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				
		YENNY YOVANNA GOMEZ CORTES EL CONTRATISTA		
CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO				
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:		Autorizo el presente pago.		
1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;		El Supervisor,		
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.		Firmado digitalmente por Diego Albeiro Garay Forero Fecha: 2025.11.12 11:23:04 -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				

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52293584	YENNY YOVANNA GOMEZ CORTES		CL 38 a sur No 50 a 28	3158940347	yegoco@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	
2025-10	2025-10	I	30/10/2025	90830123	\$551.500	

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	237.500	0		0		0	0	0	0	237.500	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	304.000	0	0	0	0	0	0		304.000	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	10.000				10.000	0	0	10.000			100	10.000	1

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

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
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	237.500	237.500
Pensión	1	304.000	304.000
Riesgos Laborales	1	10.000	10.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	551.500	551.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52293584	YENNY YOVANNA GOMEZ CORTES		CL 38 a sur No 50 a 28	3158940347	yegoco@gmail.com
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
2025-10	2025-10	I	30/10/2025	90830123	10
					TOTAL A PAGAR
					\$551.500

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	IVA	VAC	AVP	VCT	RL	CORRECCIÓN	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	52293584	GOMEZ CORTES YENNY YOVANNA	59	0		N																		25-14	1.900.000	304.000	0	0	0	0	EPS005	1.900.000	237.500	14-23	1.900.000	1	10.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



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 OCCIDENTE	DIRECCIÓN	Bogotá D.C., Av. Cra. 68 No. 17 - 82, Zona Industrial Montevideo
TELÉFONO		EMAIL	citas.occidente1@cendiatra.com
FECHA DE EXAMEN	2023-01-27	TIPO DE EXAMEN	PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos	YENNY YOVANNA GOMEZ CORTES	Identificación CC	Nro 52293584
Fecha de Nacimiento	1975-11-24	Edad	47
Empresa	PACIENTE OCASIONAL	Sexo	F
Cargo	INSTRUCTORA		
Fecha Ingreso	2023-01-27 11:04:08	Fecha Salida	2023-01-27 12:02:38

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

CONDICION VISUAL

CARDIOVASCULAR

OTROS

APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SI

Observaciones:

REGIMEN NUTRICIONAL

SI

Observaciones:

ANUAL, USO DE CORRECCION VISUAL

NO PRESENTA

SI

SI

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.

Freddy Torres
Médico Ocupacional
Reg 13346

[Firma]



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

FREDDY RICARDO TORRES ESCORCIA

RM: 1047386610

Firma y sello del médico

YENNY YOVANNA GOMEZ CORTES

CC 52293584

Firma del trabajador

EVALUACION DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL FUNCIONAL**(EXAMEN PSICOMETRICO)**FECHA: 27/01/2023EMPRESA: PARTICULARNOMBRE: YENNY YOVANNA GOMEZ CORTESCÉDULA: 52293584EDAD: 47 CARGO: INSTRUCTORA**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.

OBSERVACIONES

De acuerdo a 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: Este test corresponde a una prueba tamiz estandarizada y no un test diagnostico.

Sonia Pachón Vargas
Sonia Pachón Vargas
Psicóloga - TP 146153
Lic. SST 798 de 2019

FIRMA DEL EVALUADOR: _____

SEDE CENDIATRA OCCIDENTE DIRECCIÓN Bogotá D.C. Av. Cra. 68 No. 17 - 82,
TELÉFONO Zona Industrial Montevideo
cit.occidente1@cendiatra.com

FECHA DE EXAMEN



2023-01-27

TIPO DE EXAMEN

PREINGRESO

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos YENNY YOVANNA GOMEZ CORTES Identificación CC Nro 52293584
Fecha de Nacimiento 1975-11-24 Edad 47 Sexo F
Empresa PACIENTE OCASIONAL
Cargo INSTRUCTORA
Fecha Ingreso 2023-01-27 10:19:37 Fecha Salida 2023-01-27 10:19:47

DATOS EMPRESA

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES NO
CIRUGIA OCULAR NO
GLAUCOMA NO
HIPERTENSION ARTERIAL NO
ALERGIAS NO
OTROS REFIERE USO DE RX, NO TRAE AL EXAMEN
PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN? NO

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

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA
SIN CORRECCION OD 20/30
SIN CORRECCION OI 20/30
SIN CORRECCION AO 20/30
VISION PROXIMA
SIN CORRECCION OD 0.50 cm
SIN CORRECCION OI 0.50 cm
SIN CORRECCION AO 0.50 cm
ESTENOPEICO

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR



EXAMEN OPTOMETRICO

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

OD
OI
NORMAL
NORMAL

COVER TEST

LEJOS
CERCA
HIRSCHBERG
P.P.C
MOTILIDAD OCULAR
ORTHO
ORTHO
CENTRADO
9
NORMAL

QUERATOMETRIA

OFTALMOSCOPIA

OD
OI
MEDIOS TRANSPARENTES
MEDIOS TRANSPARENTES

REFRACCION

OJO DERECHO
ESTATICA
OJO IZQUIERDO
ESTATICA
-0.75 20/20 ADD +0.75 M
-0.75 20/20 ADD +0.75 M

TEST ADICIONALES

VISION CROMATICA
ESTERIOPSIS
TITMUS
RX EN USO
NORMAL
NORMAL
NO

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1
DIAGNOSTICO PATOLOGICO
OBSERVACIONES
H521: Miopía
H524: Presbicia
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA CONTROL ANUAL

RECOMENDACIONES

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

FORMULA OPTOMETRIA

GENERAR FORMULA
NO

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL
NO

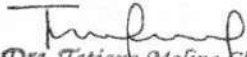
FORMULA OPTOMETRIA

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

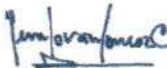
Consentimiento Informado del Trabajador:

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 médico 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. Tatiana Molina Ch.
Optómetra
Reg. 1.018.503.131
U. de la Salle

TATIANA JULIETH MOLINA CHAMORRO

RM: 1018503131



YENNY YOVANNA GOMEZ CORTES

CC 52293584

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	YENNY YOVANNA GOMEZ CORTES	No. Documento	52293584
Identificación	CC	Edad	47 años 2 meses 3 días
Fecha de Nacimiento	1975-11-24	Empresa	PACIENTE OCASIONAL
Sexo	F	Sede	CENDIATRA OCCIDENTE
Fecha toma	2023-01-27 09:40:00		

GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	89	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	5.58	millones/mm3	4.0-5.5millones/mm3
HEMOGLOBINA	14.6	g/dl	12.0-17.4g/dl
HEMATOCRITO	48.10	%	36.0-52.0%
VCM	86	fl	76-96fl
HCM	26.1	pg	27.0-32.0pg
CHCM	30.3	g/dl	30.0-35.0g/dl
RDW	13.5	%	<15.0%
LEUCOCITOS	9.810	mm3	5.000-10.000mm3

RECUENTO_DIFERENCIAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	65.3	%	50-70%
LINFOCITOS	33	%	25-40%
MIXTAS	1.7	%	3-7%

RECUENTO_DIFERENCIAL_MM3

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
GRANULOCITOS	6.400	mm3	2.500-7.500mm3
LINFOCITOS	3.240	mm3	1.300-4.000mm3
MIXTAS	170	mm3	150-750mm3

RECUENTO_PLAQUETARIO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
PLAQUETAS	315.000	mm3	150.000-400.000mm3

ADJUNTO ADJUNTO

COLESTEROL TOTAL

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	277	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	114	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	54	mg/dl	Normal:>40 mg/dl

COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] AUTOMATIZADO

TITULO	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	200.2	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



Cendiatra



REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

Fecha entrega : 2023-01-27

ROCIO DEL PILAR TOVAR OYOLA
1017190683

Firma y sello del médico evaluador