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	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**92865-600227**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NELSON CASTAÑO VELASQUEZ	**Banco a consignar:**	AV VILLAS
Cédula de Ciudadanía	4.404.301	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	noaplica@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	53803396
IP/Nº de contacto:		**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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (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:	9118711/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**40426**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	11

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar los servicios personales, de carácter temporal, de manera autónoma e independiente, para desarrollar actividades orientadas a la planeación ejecución y evaluación de la Formación Profesional Integral, conforme a la planificación definida por el Centro de Gestión Administrativa para las jornadas diurna, nocturna, de madrugada y fines de semana, en modalidades presencial,

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**02/02/2026 Al 28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 49.743.718
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:	**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 45.006.221

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.737.497	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 4.737.497**		$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.976.634**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

		Febrero	Enero			
				Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.976.634,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**0**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retencion IVA	0,00	15%
ARL I		$ 9.900	$ 0	Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ 218.863		-	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	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 992.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.696.950,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Realizar la planeación para el grupo/competencia 3228124 Aplicar Tics 2

Realizar la planeación para el grupo/competencia 3171892 Aplicar Tics 3

Realizar la planeación para el grupo/competencia 3388201-3388351-3388319-3388311 Aplicar Tic

Asistir a reuniones programadas por el supervisor de contrato

Todas las actividades asignadas por el Supervisor de contrato

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

NELSON CASTAÑO VELASQUEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui 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,

Firmado digitalmente por DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Fecha: 2026.02.24 13:18:58 -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
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) NELSON CASTAÑO VELASQUEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 4404301, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente voluntario riesgo laboral según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20260121	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 23 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
31638896

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NELSON CASTAÑO VELASQUEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **4404301,** se encuentra afiliado/a desde **01/12/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que **NELSON CASTAÑO VELASQUEZ**, identificado con **CC** No. **4404301**, registra la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 02/02/2026 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 02/02/2026 **Fecha fin de Contrato:** 15/12/2026 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad en www.positiva.gov.co para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 06 días del mes de Febrero de 2026.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
JAGC

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141231370655

(415)7707212489984(8020) 000014123137065 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 4 0 4 3 0 1	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 4 0 4 3 0 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Quindío 6 3	Córdoba 2 1 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTAÑO	VELASQUEZ	NELSON	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 152 A 46 15 BL 6 AP 324

42. Correo electrónico necavecv@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 5 1 0 6 0 8 2	3 1 2 8 1 7 5 0 4 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 4 2	2 0 2 5 0 1 1 5	8 5 4 1	2 0 2 5 0 1 1 5	0 0 1 0		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CASTAÑO VELASQUEZ NELSON

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banco AV Villas

NIT: 860.035.827-5
CRA. 13 No. 27-47 P-24 BOGOTA D.C.

Este es el certificado de tu
Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 053803396

El Banco AV Villas certifica que: **Nelson Castano Velasquez**
identificado con el documento No. 4404301, tiene en la oficina AVENIDA 19 (008) una Cuenta de Ahorros - Cuenta Móvil No. 053803396 desde el 16 de mayo de 2019.

Fecha de expedición: 23/02/2026

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

¿Tienes preguntas? Contáctanos en la Línea Audiovillas

Bogotá: 444 1777
Barranquilla: 330 4330
Bucaramanga: 630 2980
Medellín: 325 6000
Cali: 885 9595
Resto del país: 01 8000 51 8000

Grupo AVAL

Hace constar:

Que el Sr(a) NELSON CASTAÑO VELASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 4404301 realizó el día 24/02/2026 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo NELSON CASTAÑO VELASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 4404301 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

_____
Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) NELSON CASTAÑO VELASQUEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 4404301 el día 24/02/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA 115 **DIRECCIÓN:**Av. Calle 19 # 3-50, Barichara Torre A piso 12, Centro **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:7443001 **EMAIL:**daniela.preciado@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-19

Nombres y apellidos:NELSON CASTAÑO VELASQUEZ
Fecha de nacimiento:12/06/1982
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:CONTRATISTA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:4404301
Edad:43 **Sexo:**MASCULINO
Fecha ingreso:2026-01-19 / 02:25:58
Fecha salida:2026-01-20 / 11:50:47
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- VISIOMETRIA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- PSICOSOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:
CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: NUTRICION
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: - CONTROL ANUAL, USO DE LENTES CORRECTIVOS
OTRAS:: - CONTINUAR SEGUIMIENTO POR MÉDICO TRATANTE

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. 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 del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

Dra. Johanna Moreno Herrera
Médico Esp. Gerencia y Medicina Laboral
UDCA - FUAA
R.M. 1.032.483.726
RESOLUCION 10967 DE 04/12/2023

JOHANA MORENO HERRERA
CC: 1032483726
RM: 1032483726
LIC-SST: 10967 / 04122023
Firma y sello del médico

NELSON CASTAÑO VELASQUEZ
CC: 4404301
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA 115 **DIRECCIÓN:**Av. Calle 19 # 3-50, Barichara Torre A piso 12, Centro **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:7443001 **EMAIL:**daniela.preciado@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-19

Nombres y apellidos:NELSON CASTAÑO VELASQUEZ
Fecha de nacimiento:12/06/1982
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:CONTRATISTA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:4404301
Edad:43 **Sexo:**MASCULINO
Fecha ingreso:2026-01-19 / 02:25:58
Fecha salida:2026-01-20 / 11:50:47
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: NUTRICION
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
3. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: - CONTROL ANUAL, USO DE LENTES CORRECTIVOS
4. OTRAS:: - CONTINUAR SEGUIMIENTO POR MÉDICO TRATANTE

Dra. Johanna Moreno Herrera
Médico Esp. Gerencia y Medicina Laboral
UDCA - FUAA
R.M. 1.032.483.726
RESOLUCION 10967
DE 04/12/2023

JOHANA MORENO HERRERA
CC: 1032483726
RM: 1032483726
LIC-SST: 10967 / 04122023
Firma y sello del médico

NELSON CASTAÑO VELASQUEZ
CC: 4404301
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE:CENDIATRA 115 **DIRECCIÓN:**Av. Calle 19 # 3-50, Barichara Torre A piso 12, Centro **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:7443001 **EMAIL:**daniela.preciado@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-20

CC:4404301
Nombres y apellidos:NELSON CASTAÑO VELASQUEZ
Fecha de nacimiento:12/06/1982
Edad:43 **Sexo:**MASCULINO **RH:**O +
Teléfono:1
Dirección:
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Nombre responsable:NO REFIERE NO REFIERE
Teléfono responsable:NO REFIERE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:CONTRATISTA
Fecha ingreso:20/01/2026
Fecha salida:20/01/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:COMPENSAR E.P.S.



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	94.6	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO
CARGAR ARCHIVO

Melissa Figueroa Elias
BACTERIOLOGA
RM 52987799

MELISSA FIGUEROA ELIAS
RM: N/A
Firma y sello del médico