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 BOYACÁ

CENTRO DE LA INNOVACION AGROINDUSTRIAL Y DE SERVICIOS -BOYACA -ACCIONES REGULARES

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

Código Regional	**15**
Código Centro	**955110**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**83461-877290**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EULICES ALEJANDRO PEDRAZA SANCHEZ	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	7.163.153	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	epedraza@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	363502535
IP/Nº de contacto:		**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 2025**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	SI
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:	9189697/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**7926**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	Prestar servicios de apoyo a la gestión como campesino instructor o campesina instructora, para desarrollar procesos formativos bajo la metodología de campesino a campesina y campesina a campesino

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/02/2026**	**Al**	**28/02/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 13.738.741
Número de pago	**2**			**Valor Total del Contrato:**	$ 14.212.491
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 9.001.244

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	**$ 3.019.847**	**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	3.019.847,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1316548596**	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.737.497,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.342.361	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 167.800	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 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 V		$ -	$ 0	Reteica - 8551 - PUERTO BOYACA	47.375,00	1,000%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	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		$ 473.750		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 13.791.820	$ 1.007.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 65.000			Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**VALOR A PAGAR**	**$4.690.122,00**	

SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL CIENTO VEINTIDOS PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ACTIVIDADES PROPIAS DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL

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



EULICES ALEJANDRO PEDRAZA SANCHEZ
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,

KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ
INSTRUCTOR G16

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
KEYLA KARINA GONZALEZ MARTINEZ
SUBDIRECTORA DE CENTRO G02(E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	7163153
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EULICES ALEJANDRO PEDRAZA SANCHEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	PUERTO BOYACA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 5 23 55	TELÉFONO:	7385614
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**1316548596**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/02/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9995693228

TOTAL APORTES A SALUD

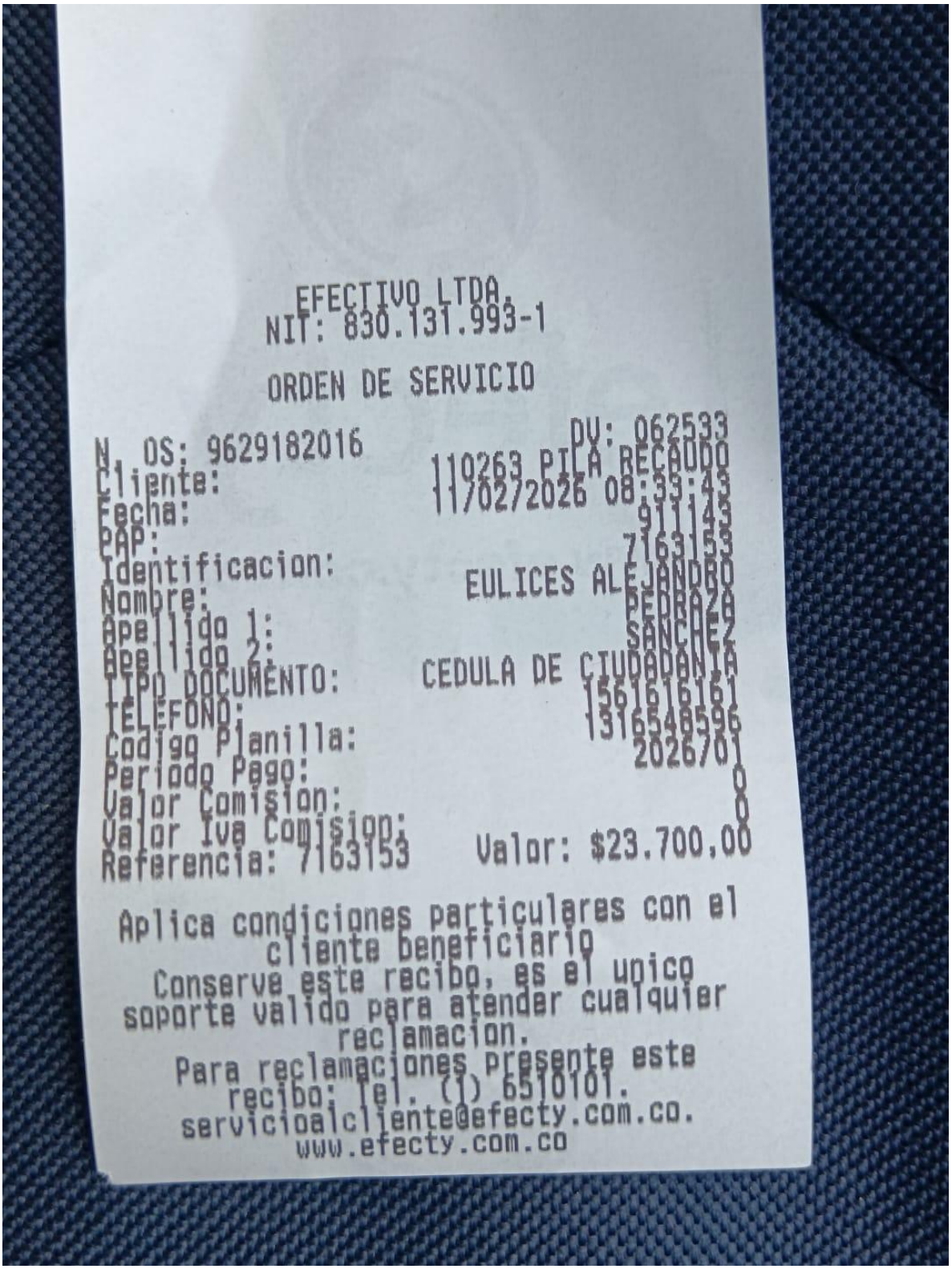
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 23.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 23.700	$ 0	$ 0	$ 23.700
SUBTOTALES:													**$ 23.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 23.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 7163153	PEDRAZA SANCHEZ EULICES ALEJANDRO	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.895.000				NO	28																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	3	$ 189.500	$ 23.700	$ 0	$ 23.700			$ 0		$ 0		$ 0											

TOTAL PAGADO: $ 23.700

Planilla Pagada



EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9629182016 DV: 062533
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 1/02/2026 08:33:43
PAP: 91143
Identificacion: 7163153
Nombre: EULICES ALEJANDRO
Apellido 1: PEDRAZA
Apellido 2: SANCHEZ
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 1561616161
Codigo Planilla: 1316548596
Periodo Pago: 202601
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 7163153 Valor: $23.700,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) EULICES ALEJANDRO PEDRAZA SANCHEZ identificado(a) con CC 7163153 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 01/08/2008

Estado de la Afiliación: **Vigente**

IPS: **VIVA 1 A IPS S.A. SEDE MARIQUITA**

Categoría: **A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 21 días del mes 2 del año 2026.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	7163153
NOMBRES	EULICES ALEJANDRO
APELLIDOS	PEDRAZA SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	TOLIMA
MUNICIPIO	MARIQUITA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/08/2008	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	02/21/2026 09:56:01	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

CERTIFICADO APTITUD LABORAL

Dr. Fahudis Morales Jiménez

RP: 2854 LIC: 33542017

Ciudad: **Mariquita - Tolima** Fecha de atención: **21 / 11 / 2025**

Certificado de: Ingreso **X** periódico ____ Egreso ____ Valoración ocupacional ____

Apellidos: **PEDRAZA SANCHEZ** Nombres: **EULICES ALEJANDRO**

Fecha de nacimiento: **02 / 05 / 1970** RH: **O +** EPS: **NUEVA EPS**

Cédula de ciudadanía No.: **7.163.153** De: **TUNJA**

Sexo: Femenino _____ Masculino **X** Edad **55**

Cargo al que aspira o desempeña: **INDEPENDIENTE**

Concepto:

Mediante el examen de aptitud, para el desempeño del cargo y de las funciones correspondientes al mismo la persona es:

Apto: **X**

Apto con restricciones que no intervienen con su trabajo normal: _____

Apto con restricciones que limitan su trabajo normal: _____

Aplazado: _____

No apto: _____

Restricciones y recomendaciones:

- **Utilizar sus elementos de protección personal**
- **Autocuidado**
- **Realizar pausas activas, higiene postural**
- **Realizar ejercicio, llevar una vida saludable con dieta baja en grasas y harinas**

Dr. Fahudis Morales J. Medico Laboral CC 33542017

Firma Medico Laboral

Lic. 33542017

Firma del Trabajador

CC: 7163153.

CERTIFICADO APTITUD LABORAL

Dr. Fahudis Morales Jiménez

RP: 2854 LIC: 33542017

Ciudad: **Mariquita - Tolima** Fecha de atención: **21 / 11 / 2025**

Certificado de: Ingreso **X** periódico ____ Egreso ____ Valoración ocupacional ____

Apellidos: **PEDRAZA SANCHEZ** Nombres: **EULICES ALEJANDRO**

Fecha de nacimiento: **02 / 05 / 1970** RH: **O +** EPS: **NUEVA EPS**

Cédula de ciudadanía No.: **7.163.153** De: **TUNJA**

Sexo: Femenino _____ Masculino **X** Edad **55**

Cargo al que aspira o desempeña: **INDEPENDIENTE**

Concepto: Examen médico ocupacional con énfasis clínico en los siguientes sistemas:

1- Musculo esquelético: Normal.
2- Cardiovascular: Normal.
3- Respiratorio: Normal.
4- Neurológico: Normal.
5- Psicosocial: Normal.
6- Dermatológico: Normal.

Dr. Fahudis Morales J. Medico Laboral Lic. 33542017

Firma Medico Laboral

Lic. 33542017

Firma del Trabajador

CC: 7163153

Dra. CARMEN LICETH QUINTERO CUBIDES

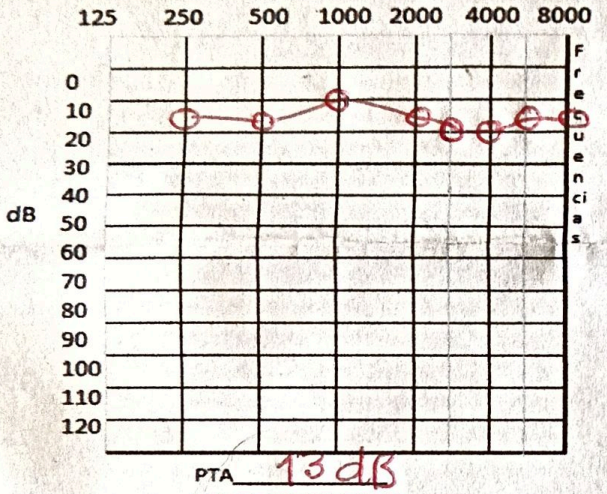
FONOAUDIOLOGA R.P 5-3989

FUNDACION UNIVERSITARIA MARIA CANO

NOMBRE: Eulices Alejandro Pedraza S C.C: 7.163153

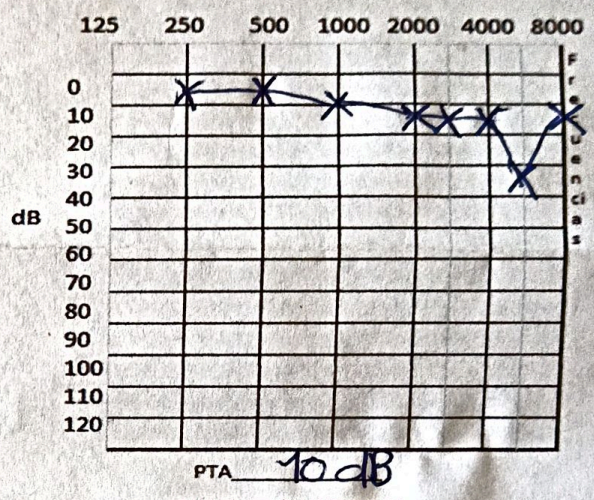
EDAD: 55 años SEXO: M FECHA: 21-11-2025

AUDIOMETRÏA



PTA 13 dB

OIDO DERECHO



PTA 10 dB

OIDO IZQUIERDO

OTOSCOPIA:

O.DERECHO: CAE y Timpano dentro de parametros de normalidad.

O.IZQUIERDO: CAE y Timpano en buen estado.

DIAGNOSTICO:

Audición Mínima a nivel Bilateral Conservados.

Dra. Carmen Liceth Quintero
Fonoaudiologa
R.P. 3989

CARMEN LICETH QUINTERO

FONOAUDIOLOGA R.P 3989

COMFASALUD CALLE 8 # 4-50 B. EL CARMEN SAN SEBASTIAN DE MARIQUITA TOLIMA

TEL: 313 394 14 81 doclisethfono@gmail.com

HISTORIA CLINICA SAN JORGE

4470

Nombre: Felices A. Pedraza | Fecha 21 11 25 | Edad 55
Fecha de Nacimiento 22-05-1970 | D. Identidad 31631153 | Entidad P
Dirección Palocolorado | Teléfono 3132386819 | U. Control 2 años
Procedencia Corbide (Boy) | Ocupación varios

El optómetra me ha informado acerca del procedimiento a realizar, también me informo de forma satisfactoria sobre la naturaleza de mi estado visual; comprendí toda la información que me ha proporcionado y he realizado las preguntas que consideraba oportunas. La óptica cumple con las normas y protocolos de bioseguridad tanto en la atención, como en la debida asepsia de los equipos.

ANAMNESIS

Antecedentes Personales: Ninguno

Antecedentes Familiares:

				Antecedentes Oculares		Usa Rx	
Cataratas	☐	Estrabismos	☐	Uso de lentes	☐	Permanentes	☐
Defectos de Refracción	☐	Pterigios	☐	Tto. De ortóptica	☐	Para leer	☐
Problemas de tiroides	☐	Hipertensión	☐	Cirugía	☐	Visión lejana	☐
Problemas de glicemia	☐	Glaucoma	☐	Alérgicos	☐	Prolongado	☐

Refiere Síntomas: Control visual

Cefalea	☐	Pérdida de renglón	☐
Cansancio	☐	Mala visión de cerca	☒
Ardor	☐	Mala visión de lejos	☐
Lagrimeo	☐	Dolor ocular	☐
Enrojecimiento	☐	Prurito	☐

Rx en uso: Rx V. Rox. Notrejo

	Esfera	Cilindro	Eje
OD			
OI			

Covertest Foria X Tropia ____ P.P.C. 7

DATOS OCUPACIONALES

INGRESO ☒ EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

Cargo ____ ____

Tiempo Laborado ____

Medidas de Seguridad ____

AGUDEZA VISUAL

		Lejos	Cerca
SC ☒	O,D	20/20	10"
CC ☐	O,I	20/20	[illegible]

Reflejos pupilares: Presente,

EXAMEN EXTERNO Y ANEXOS

Normal ☐ Patológico ☒

Especifique: Pterigio grado 1

QUERATOMETRÍA

OD ____ A

OI ____ A

RETINOSCOPIA Dinámica Estática

	Esfera	Cilindro	Eje
O,D			
O,I			

OFTALMOSCOPIA

Normal ☒ Patológica ☐

Especifique: Fondo de ojo normal.

SUBJETIVO

	Esfera	Cilindro	Eje	Av
O,D				
O,I				
Add				

RX FINAL

	Esfera	Cilindro	Eje	Av
O.D				
O.I				
Add				

DIAGNOSTICO

Emetropia	☐	Estrabismo	☐
Astigmatismo	☐	Miopía	☐
Hipermetropía	☐	Presbicia	☒
Ambliopía	☐	Cataratas	☐
Presión O. Alta	☐	Pterigios	☐

TRATAMIENTO

1. No presenta ningún problema visual	☐
2. Se deja la misma corrección óptica	☐
3. Se cambia la corrección óptica	☐
4. Se da corrección óptica	☐
5. Pendiente corrección óptica	☐

PROXIMO CONTROL

6 meses	☐
12 meses	☐
A necesidad	☒

REMISIÓN

Oftalmología ☐ Ortóptica ☐ Optometría ☐

Especifique: Usar la Rx

POLICROMACIA

Normal ☒

Otros ☐

Diana P. Reyes T.
Optómetra Reg. 6R SST ULS

HOSPITAL RICARDO ACOSTA ESE

ESE HOSPITAL RICARDO ACOSTA
NIT. 809004280-9
(Tel:3115218355)

Examenes de Laboratorio
202511250011

SIH/0.01/2010-01-01

Nombre del Usuario: EULISES ALEJANDRO PEDRAZA
Numero de cedula: CC 7163153
Género: Masculino
Edad: 55 Ano(s)
Dirección: vereda el triunfo
Teléfono: 3132386819
Celular: 3132386819

Identificario:
Tipo Usuario: Particular
Administradora:: PARTICULAR SOAT -25%
Cont: (000001) PARTICULAR -25 %
Codigo Institución: 735200109501

• Laboratorio 1

Servicio orden: Laboratorio clinico

Atencion: 202511250011 Fecha: 25/11/2025 Hora: 07:16:52 Profesional: ANYI LORENA GONZALEZ GOMEZ

Procedimiento: COLESTEROL TOTAL
Finalidad: No Aplica
Cantidad: 1
Tecnica de Laboratorio:
Descripción:

Codigo	Prueba	Resultado	Unidad	Val. Min.	Val. Max.	Valores de Referencia
1	COLESTEROL	168	mg/dl	0	200	

• Laboratorio 2

Servicio orden: Laboratorio clinico

Atencion: 202511250011 Fecha: 25/11/2025 Hora: 07:17:09 Profesional: ANYI LORENA GONZALEZ GOMEZ

Procedimiento: TRIGLICERIDOS
Finalidad: No Aplica
Cantidad: 1
Tecnica de Laboratorio: No Aplica
Descripción:

Codigo	Prueba	Resultado	Unidad	Val. Min.	Val. Max.	Valores de Referencia
1	TRIGLICERIDOS	166	mg/dL	60	150	

• Laboratorio 3

Servicio orden: Laboratorio clinico

Atencion: 202511250011 Fecha: 25/11/2025 Hora: 07:17:27 Profesional: ANYI LORENA GONZALEZ GOMEZ

Procedimiento: COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD
Finalidad: No Aplica
Cantidad: 1
Tecnica de Laboratorio: No Aplica
Descripción:

Codigo	Prueba	Resultado	Unidad	Val. Min.	Val. Max.	Valores de Referencia
1	COLESTEROL HDL	53	mg/dl	35	60	

• Laboratorio 4

Servicio orden: Laboratorio clinico

Atencion: 202511250011 Fecha: 25/11/2025 Hora: 07:24:58 Profesional: ANYI LORENA GONZALEZ GOMEZ

Procedimiento: COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD SEMIAUTOMATIZADO
Finalidad: No Aplica
Cantidad: 1
Tecnica de Laboratorio: No Aplica
Descripción:

Codigo	Prueba	Resultado	Unidad	Val. Min.	Val. Max.	Valores de Referencia
0	COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD LDL	81	mg/dl	1	129	

• Laboratorio 1

Servicio orden: Laboratorio clinico

Atencion: 202511250164 Fecha: 25/11/2025 Hora: 15:16:26 Profesional: ANYI LORENA GONZALEZ GOMEZ

Procedimiento: GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR
Finalidad: No Aplica
Cantidad: 1
Tecnica de Laboratorio:
Descripción:

Codigo	Prueba	Resultado	Unidad	Val. Min.	Val. Max.	Valores de Referencia
1	GLUCOSA	110	mg/dL	70	115	

Impreso por:

ANYI LORENA GONZALEZ GOMEZ
LABORATORIO CLINICO