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	**Abril de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**45093-152669**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	1.023.916.921	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	ejvaca12@misena.edu.co	**Número de Cuenta:**	022316731
IP/Nº de contacto:	3203240219	**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**	SI

¿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:	8977158/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**32526**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	6

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	**01/04/2026**	**Al**	**30/04/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 15.160.003
Número de pago	**3**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.422.506

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	**$ 2.785.747**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1079709606**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL I		$ 9.900	$ 9.900
		$	
		$	
		$	
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		$ 473.750	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 20.687.730	$ 928.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 1.856.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	2.785.747,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
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	40.547,00	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	**$4.696.950,00**	

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

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Acatar la Constitución Política, la Ley, los principios de la contratación estatal y las demás normas concordantes y complementarias

Responder por el adecuado y oportuno cumplimiento de las obligaciones contraídas del contrato

Participar en las reuniones que para la ejecución del contrato sean convocadas

Entregar periódicamente y al finalizar el contrato o cuando el supervisor lo solicite, todos los documentos y archivos (físicos y elec

Entregar a la finalización del plazo de ejecución o del vínculo contractual o cuando el supervisor del contrato lo solicite, los biene

Utilizar en debida forma las claves asignadas para el ingreso a los sistemas de información y gestión del SENA requeridos para la ejec

Colaborar en la elaboración de respuesta y suministro de información requerida por las autoridades y organismos de control del Estado

Solicitar autorización escrita del SENA para utilizar el nombre, emblema o sello oficial con fines publicitarios o ajenos a los establ

Cumplir con las normas de bioseguridad y reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo del

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



ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES
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,



SAMIR ARTURO BRAVO CHADID
INSTRUCTOR G19

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)

16/04/26 09:06:32 USUARIO: SIC - C.C. 1023916921

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-14, 01:12:20 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079709606

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026

PAGADO 12/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES		
Documento	CC1023916921	**Dirección**	CR 71F #12 B - 51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3203240219
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1023916921	ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.894.999	$ 303.200	(EPS010) EPS SURA	$ 1.894.999	$ 236.900	0,522	$ 1.894.999	$ 9.900	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.894.999	$ 11.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 561.400

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 1.894.999	$ 303.200	$ 236.900	$ 9.900	$ 11.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 561.400	$ 0	$ 561.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 2 de Febrero del 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

RC	1014911428	AMELIÉ CHAPARRO VACA	Hijo(a)

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,



ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES
C.C. 1023916921

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1014911428

Indicativo Serial 63006028

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 52 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
CHAPARRO	VACA

Nombre(s)

AMELIÈ

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes DIC Día 17	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	24123311245267

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

VACA COLMENARES ERIKA JAZMIN

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1023916921	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO VARGAS MARIO ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1010192214	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CHAPARRO VARGAS MARIO ALEJANDRO

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1010192214	Mario Chaparro V.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2024 Mes DIC Día 19	LUIS SIMON GIL GUZMAN Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Mario Chaparro V. Firma	LUIS SIMON GIL GUZMAN Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:CN - L V T 125 F 270;19/12/2024

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Cadena s.a.

Scanned with CamScanner

Notaría 52 de Bogotá D.C.
Trv. 55 No. 98A - 66 C.C. Iserra 100
Tel. 7435552 – 8160044

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NOTARÍA CINCUENTA Y DOS (52) DE BOGOTÁ D.C.

Registro Civil de Nacimiento: ----------

Esta fotocopia reproduce el folio original que reposa en el archivo de esta Notaría. -----

----------VÁLIDA PARA DEMOSTRAR PARENTESCO. ----------

Se expide a solicitud del (a) interesado (a). El uso para otra finalidad podría constituir atentado contra el derecho a la intimidad bajo recibo del interesado (a), de conformidad con el Artículo 115 del Decreto 1260 de 1970.----------

SE EXPIDE PARA TRÁMITES LEGALES. ----------

Expedida en Bogotá D.C., en la fecha

REPÚBLICA DE COLOMBIA
NOTARÍA 52
BOGOTÁ D.C.
LUIS GIL GUZMÁN
NOTARIO

27 DIC 2024

LUIS SIMÓN GIL GUZMAN

NOTARIO CINCUENTA Y DOS (52) ENCARGADO

Scanned with CamScanner

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 1 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-82, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6014470068 **EMAIL:**citas.occidente1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2025-09-26

Nombres y apellidos:ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES **CC:**1023916921
Fecha de nacimiento:02/06/1992 **Edad:**33 **Sexo:**FEMENINO
Empresa:UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA 2025 - LICITACION **Fecha ingreso:**2025-09-26 / 03:11:10
Empresa usuaria: **Fecha salida:**2025-09-26 / 03:20:49
Cargo:DOCENTES HORA CATEDRA POSGRADOS **Actividad Económica:**8412 - ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA
Departamento:BOGOTÁ D.C. **EPS:**SUSALUD EPS - (SURAMERICANA)
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EVALUACION DE VOZ
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

RECOMENDACIONES:
OTRAS:: CONTROL PERIODICO POR MEDICO TRATANTE

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. 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 adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Juan Carlos Méndez M.
MÉDICO
L.S.O. 2013-22/01/2016
Rm. 80816185

JUAN CARLOS MENDEZ MARTINEZ
CC: 80816185
RM: 80816185
LIC-SST: 2022-22
Firma y sello del médico

ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES
CC: 1023916921
Firma del paciente

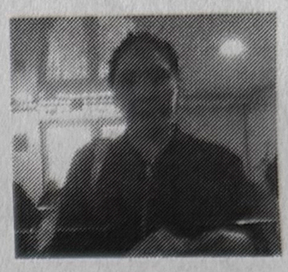
Cendiatra

PSICOSOCIAL

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 2
TELÉFONO:6014146397 - 6014146387
DIRECCIÓN: Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial
EMAIL:citas.occidente2@cendiatra.com
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
FECHA EXAMEN:2026-01-09

CC:1023916921
Nombres y apellidos:ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES
Fecha de nacimiento:02/06/1992
Edad:33 **Sexo:**FEMENINO **RH:**B +
Teléfono:3203240219
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:PORVENIR

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTOR
Fecha ingreso:09/01/2026
Fecha salida:09/01/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:SUSALUD EPS - (SURAMERICANA)



CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD

SECCIÓN 1
INTERPRETACIÓN 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. 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.

OBSERVACIONES:

SECCIÓN 2
ADJUNTA FORMATO:

Erika Paola Montero Gil
Psicóloga
Especialista en Salud Ocupacional
U.P.T.C.
Lic. Res. 1424 de 2016

ERIKA. MONTERO.
CC: 1049622514
RM: N/A
LIC-SST: 1424-2016
Firma y sello del médico

ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES
CC: 1023916921
Firma del paciente

Cendiatra

REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE:CENDIATRA OCCIDENTE 2 **DIRECCIÓN:**Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6014146397 - 6014146387 **EMAIL:**citas.occidente2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-09

CC:1023916921
Nombres y apellidos:ERIKA JAZMIN VACA COLMENARES
Fecha de nacimiento:02/06/1992
Edad:33 **Sexo:**FEMENINO **RH:**B +
Teléfono:3203240219
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:PORVENIR

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTOR
Fecha ingreso:09/01/2026
Fecha salida:09/01/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:SUSALUD EPS - (SURAMERICANA)



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	69 DATO CONFIRMADO EN LA MISMA MUESTRA	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO
CARGAR ARCHIVO

SHIRLEY KARINA CACERES CACERES
RM: N/A
Firma y sello del médico