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	**Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**26524-449582**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	NELSON HOYOS RODRIGUEZ	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	79.916.350	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	nelho20@gmail.com	**Número de Cuenta:**	24142726389
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:	9058373/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**46326**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	10

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 en la modalidad presencial, para la sede principal y colegios del programa de Articulación con la

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 33.162.479
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 47.374.970
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 28.424.982

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	**$ 3.140.497**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Mayo	Abril
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**8378922122**
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		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$34.479.550	$ 1.047.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.141.000		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	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

Se continua cada mes con la actualización de guías de aprendizaje, según cronograma de competencia registrar información, junto con la
Se establecieron lineamientos vigentes mediante la construcción de talleres de las actividades realizadas con los aprendices.
Se entrega los informes en la plataforma SI CONTRATISTA y SECOP II
Se realizó revisión según fichas asignadas para listado definitivo de aprendices en formación en Sofia plus
Se realizó llamado de asistencia fichas asignadas Colegios Cristóbal Colon IED, Hernando Duran Dusan IED. y San pedro Claver
Se realizó la validación de aprendices de la competencia transversal con fichas por parte del colegio San Pedro Claver.
Se realizó reunión programada al CGA para socialización de asesorías técnico – pedagógica a colegios.
Se realizó visita al colegio parroquial monseñor Emilio de Brigard para visita proyecto de viabilidad año 2027
Se realizó informes solicitados por la oficina de articulación de actividades realizadas objeto contractual N° 22

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 Hoyos Rodríguez

NELSON HOYOS RODRIGUEZ
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,

Digitally signed by DIEGO ALBEIRO GARAY FORERO
Date: 2026.05.13 17:04:37 -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)

13/05/26 10:17:36 USUARIO: SIC - C.C. 79916350

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): NELSON HOYOS RODRIGUEZ
No. Identificación: CC79916350
Dirección: CALLE131 103A - 49 PISO 1
Telefono: 3134503984
Correo: nelho2004@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8378922122

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	NELSON HOYOS RODRIGUEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC79916350	**Periodo de Cotización Salud**	abril de 2026
Número de planilla	8378922122	**Periodo de Cotización Pensión**	abril de 2026
Fecha pago	2026-05-12	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	78922122	**Total Pagado**	550000
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8378922122

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	303200	1
EPS008	Compensar EPS	236900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79916350
APELLIDOS Y NOMBRES: NELSON HOYOS RODRIGUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1894998	1894998	1894998	0	236900	0	303200	0	9900	0

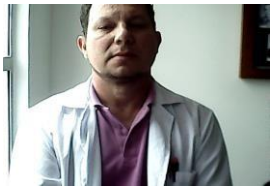
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL

Fecha Atención : 2024-05-22 13:48:22

Fecha impresión : 2024-10-29 11:01:17

DENTIFICACION DEL PACIENTE



Nombres y Apellidos:	NELSON HOYOS RODRIGUEZ		
Identificación:	CC	**Número:**	79916350
Fecha de Nacimiento:	1980-02-07	**Edad:**	44
Género:	M	**Identidad de Género:**	MASCULINO
RH:	O +	**Ciudad - Sede:**	BOGOTA, D.C.
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	UNIVERSITARIO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CALLE 131 # 103A - 49 PISO 1	**Teléfono:**	3134503984
EPS:	EPS COMPENSAR	**ARL:**	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA
AFP:	COLPENSIONES		
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	COLEGIO INGLATERRA REAL LTDA	**Cargo:**	DOCENTE DE CONTABILIDAD - ECONOMIA
Sede:	3.EXTRAMURAL		

TIPO EXAMEN: PERIODICO

ENFASIS:

DATOS RESPONSABLE

NOMBRE	MARIA HOYOS	**PARENTESCO**	HERMANA
TELEFONO	3124071398		

DATOS DE LA CITA

TIPO EXAMEN

ENFASIS		**TIPO EXAMEN ADICIONAL**	

EMPRESA

RAZON SOCIAL		**SUCURSAL**	COLEGIO INGLATERRA REAL LTDA
CARGO		**PROFESION y/u OCUPACION**	DOCENTE / ADMINISTRADOR DE EMPRESAS Y FINACIERO
FECHA DE INGRESO	24/01/2024		

HABITOS

ACTIVIDADES DEPORTIVAS

PRACTICA DEPORTE	SI	**FRECUENCIA DEPORTE**	3 VECES POR SEMANA O MAS Observaciones: CICLISMO 2 DIAS A LA SEMANA / FUTBOL CADA 15 DIAS
LESIONES DEPORTIVAS	NO	**OTRAS ACTIVIDADES EXTRALABORALES**	NO

TABAQUISMO

FUMA	NO	**CIGARRILLOS DIA**	
EXFUMADOR	NO	**HACE CUANTO DEJO**	

ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS

ALCOHOL	SI Observaciones: SOCIAL	**ALCOHOL FRECUENCIA**	OCASIONAL Observaciones: WHISKY
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	NO Observaciones: NIEGA		

INMUNIZACIONES

VACUNAS

APORTA CARNET		**H1N1**	No Refiere
FIEBRE AMARILLA	No refiere	**FIEBRE TIFOIDEA**	No refiere
HEPATITIS A	No refiere	**HEPATITIS B**	No refiere
INFLUENZA	No refiere	**MENINGOCOCO**	No refiere
NEUMOCOCO	No refiere	**RABIA CURATIVA**	No refiere
RABIA PREVENTIVA	No refiere	**RUBEOLA**	No refiere
SARAMPION	No refiere	**TETANOS**	No refiere
TRIPLE VIRAL	No refiere	**VARICELA**	No refiere
VPH	No refiere	**COVID 19**	Dosis 2 Observaciones: 2 DOSIS DE PFIZER.

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

HA TRABAJADO ANTERIORMENTE	SI	**ANTECEDENTES OCUPACIONALES**	
¿REPORTA ACCIDENTE DE TRABAJO?	NO	**¿REPORTA ENFERMEDAD LABORAL?**	NO

ANTECEDENTES-FAMILIARES

FAMILIARES

ACCIDENTES CEREBRO VASCULAR	NO REFIERE	**ENFERMEDAD TIROIDEA**	NR
CEGUERA COGENITA	NR	**CANCER**	NR
SORDERA CONGENITA	NR	**HIPERTENSION ARTERIAL**	SI Observaciones: PAPA
CARDIOPATIAS	SI Observaciones: PAPA: ANGIOPLASTIA CORONARIA - SEGUIMIENTO	**DIABETES**	NR
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	NR	**SINDROME CONVULSIVO**	NR
ENFERMEDAD MENTAL	NR	**ENFERMEDAD RENAL**	NR

ULCERA	NR	**OSTEOMUSCULAR**	NR
MALFORMACIONES	NR	**ARTRITIS**	SI Observaciones: MAMA: OA
OTROS	NR		

ANTECEDENTES-PERSONALES

PERSONALES

ALTERACIONES DE PESO Y OTROS	NO REFIERE	**DERMATOLOGICOS**	NO REFIERE
VISUALES	SI Observaciones: AMETROPIA NO CORREGIDA	**AUDITIVOS**	NO REFIERE Observaciones: NIEGA
RESPIRATORIOS	NO REFIERE Observaciones: NIEGA COVID 19	**ALERGICOS**	NO REFIERE Observaciones: NIEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS
CARDIOVASCULAR	NO REFIERE Observaciones: NIEGA	**GASTROINTESTINAL**	NO REFIERE Observaciones: NIEGA
GENITOURINARIO	NO REFIERE	**RENAL**	NO REFIERE
OSTEOMUSCULAR	NO REFIERE Observaciones: NIEGA	**TRAUMATICOS**	SI Observaciones: ESGUINCE CERVICAL (TTO CON CUELLO ORTOPÉDICO)
NEUROLOGICO	NO REFIERE Observaciones: NIEGA	**ENDOCRINO**	NO REFIERE Observaciones: NIEGA
CANCER	NO REFIERE	**MAMAS**	NO REFIERE
INFECCIONES	NO REFIERE Observaciones: NIEGA	**PSIQUIATRICOS**	NO REFIERE Observaciones: NIEGA
HEMATOLOGICOS	NO REFIERE Observaciones: NIEGA	**HOSPITALARIOS Y QUIRURGICOS**	SI Observaciones: QX: HERNIA INGUINAL IZQUIERDA

REVISION POR SISTEMAS

ORGANO O SISTEMA

ORGANOS DE LOS SENTIDOS	NO REFIERE	**CARDIORESPIRATORIO**	NO REFIERE
GASTROINTESTINAL	NO REFIERE	**GENITOURINARIO**	NO REFIERE
NEUROLOGICO	NO REFIERE	**PIEL Y FANERAS**	NO REFIERE
LOCOMOTOR	NO REFIERE	**MENTAL**	NO REFIERE
OSTEOMUSCULAR	NO REFIERE	**HEMATOLOGICO Y LINFATICO**	NO REFIERE
ORGANO O SISTEMA	NO REFIERE	**OTROS**	NO REFIERE

ENFERMEDAD ACTUAL

ENFERMEDAD ACTUAL	REFIERE ESTAR ACTUALMENTE ASINTOMÁTICO; SE REALIZA EXAMEN MEDICO PERIODICO.		

EXAMEN FISICO

INFORMACION GENERAL

PRESION ARTERIAL SENTADO	120/85	**PRESION ARTERIAL ACOSTADO**	120/85
PRESION ARTERIAL DE PIE	NO SE EXPLORA	**FRECUENCIA CARDIACA (min)**	68
TALLA (cm)	170	**RITMICO**	SI
PESO (kg)	92	**PULSO (min)**	68
INDICE MASA CORPORAL(IMC)	31.83	**CLASIFICACION**	Obesidad
FRECUENCIA RESPIRATORIA (min)	18	**PERIMETRO ABDOMINAL(cm)**	101
COMPLEXION	ROBUSTO	**TEMPERATURA**	AFEBRIL AL TACTO

DOMINANCIA

DOMINANCIA	DIESTRO

ORGANO O SISTEMA

ASPECTO GENERAL	NORMAL	**PIEL Y FANERAS**	NORMAL
CABEZA	NORMAL	**CARA**	NORMAL

OJOS

GLOBO OCULAR	NORMAL	**PARPADOS**	NORMAL
CONJUNTIVAS	NORMAL	**ESCLEROTICAS**	NORMAL
PUPILAS	NORMAL	**CORNEAS**	NORMAL
FONDO DE OJO	NORMAL	**AGUDEZA VISUAL**	ANORMAL

OIDOS

PABELLON	NORMAL	**OTOSCOPIA**	NORMAL

NARIZ

TABIQUE	NORMAL	**MUCOSAS**	NORMAL
CORNETES	NORMAL	**SENOS PARANASALES**	NORMAL

BOCAFARINGE

LABIOS	NORMAL	**LENGUA**	NORMAL
FARINGE Y AMIGDALAS	NORMAL	**ATM**	NORMAL
PALADAR	NORMAL	**DENTADURA**	NORMAL
OTRO	NORMAL		

CUELLO-TORAX

CUELLO/TIROIDES	NORMAL	**TORAX**	NORMAL

CARDIORESPIRATORIO

PULMONES	NORMAL	**CORAZON**	NORMAL

GASTROINTESTINAL

ABDOMEN	ANORMAL	**VISCERAS**	NORMAL

	Observaciones: PANICULO ADIPOSO		
GENITOURINARIO			
GENITALES	NORMAL	**HERNIAS**	NORMAL
EXTREMIDADES			
MIEMBROS SUPERIORES	NORMAL	**MIEMBROS INFERIORES**	NORMAL
TINEL	NEGATIVO	**PHALEN**	NEGATIVO
FINKELSTEIN	NEGATIVO	**VARICES(GRADO)**	NORMAL
NEUROLOGICO			
NEUROLOGICO	NORMAL	**TEST VERTIGO**	NORMAL
ROMBERG		**ROMBERG SENSIBILIZADO**	
UNTERBERGER			
IMPRESION PSICOLOGICA			
IMPRESION PSICOLOGICA	NORMAL		
LOCOMOTOR			
LOCOMOTOR	NORMAL Observaciones: SIN ALTERACION		
OTROS			
OTROS	NORMAL		
EXAMEN OSTEOARTICULAR			
LONGITUD REAL MIEMBROS INFERIORES			
DERECHA	NORMAL	**IZQUIERDA**	NORMAL
BALANCE PELVICO	NORMAL	**DESVIACION LATERAL**	NO DESVIACION
EXAMEN			
	2553		
EXAMEN DE COLUMNA			
INSPECCION			
INSPECCION	NO	**SIMETRIA(PA)**	NORMAL
CURVATURA(lat)	NORMAL		
PALPACION			
PALPACION	NO	**DOLOR**	NO
ESPASMO	NO PRESENTA		
MOVILIDAD			
MOVILIDAD	NORMAL	**FLEXION**	NORMAL
EXTENSION	NORMAL	**FLEXION LATERAL**	NORMAL
ROTACION	NORMAL		
MARCHA			
MARCHA	NORMAL	**POLIGONO DE SUSTENTACION**	NORMAL
PUNTAS	NORMAL	**TALONES**	NORMAL
SIGNO			
LASSEGUE	NEGATIVO		
TEST DE WELLS			
TEST DE WELLS	EXPLORADO Observaciones: CERO		
TEST DE SHOBER			
TEST DE SHOBER	NO EXPLORADO		
REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS Y FUERZA MUSCULAR			
	2553		
EXAMENES AUXILIARES			
EXAMENES AUXILIARES			
ESPIROMETRIA		**ELECTROCARDIOGRAMA**	
RADIOGRAFIA TORAX		**RADIOGRAFIA COLUMNA**	
PRUEBA PSICOSENSOMETRICA		**OTROS**	
DIAGNOSTICOS			
DIAGNOSTICO 1	H524: Presbicia	**DIAGNOSTICO 2**	H520: Hipermetropía
DIAGNOSTICO 3	E669: Obesidad, no especificada	**DIAGNOSTICO 4**	
DIAGNOSTICO 5		**DIAGNOSTICO 6**	
DIAGNOSTICO 7		**IMPRESION DIAGNOSTICA**	OPTOMETRIA: PRESBICIA / HIPERMETROPIA CORREGIDA
OBSERVACIONES	CONTROL CON OPTOMETRIA EPS AHORA Y ANUAL. CONTROL INTEGRAL CON NUTRICION Y MEDICO EPS. ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. PAUSAS ACTIVAS Y GIMNASIA LABORAL 2 VECES AL DIA CON ENFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES Y COLUMNA VERTEBRAL.	**RECOMENDACIONES**	PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN RIESGOS LABORALES PROGRAMADAS POR LA EMPRESA.
IDENTIFICACIóN DEL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE			
DIAGNOSTICO 1	ENFERMEDAD GENERAL O COMUN	**DIAGNOSTICO 2**	ENFERMEDAD GENERAL O COMUN
DIAGNOSTICO 3	ENFERMEDAD GENERAL O COMÚN		
CONCEPTO			
CONCEPTO	Periódico sin restricción para el cargo		

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. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Dr. Mauricio Mora G.
Médico y Cirujano General
Especialista en Gerencia en Seguridad y Salud en el Trabajo
RES. 4607 DE 2016

AGUSTIN MAURICIO MORA GONZALEZ
16757643
RM: LSO 4607/2016
Firma y sello del médico evaluador

Nelson Hoyos Rodriguez

NELSON HOYOS RODRIGUEZ
Documento: CC 79916350
Firma del trabajador

compensar | salud

RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : SUBA

No INGRESO: 12932855
Paciente: NELSON HOYOS RODRIGUEZ
Edad: 45 Años
Medico: OTROS PRESTADORES DE SALUD
Fecha y Hora de ingreso: 2026-01-10 08:53
Servicio: CONSULTA EXTERNA

No ORDEN: 2026011004371
Historia: CC-79916350
Género: Masculino
Teléfono: 3134503984-0
Fecha de impresión: 2026-01-10 15:30
Cama:

Examen		Intervalo Biológico de Referencia
BIOQUIMICA		
GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA		
Resultado:	90.4 mg/dL	70-100
METODO: GLUCOSA HEXOQUINASA		

Profesional Responsable: Bact JESSICA TATIANA TORRES VEGA. Tp: 1019128435
Fecha y hora validacion: 10/01/2026 15:12:32

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.