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 | 55783-767325 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos: | FRANCY CAMILA RAMIREZ PINZON | Banco a consignar: | BANCOLOMBIA |
| Cédula de Ciudadanía | 1.007.668.173 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | fcramirez@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 91216883531 |
| 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 | 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 | SI |
| 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: | 8980475/2026 | Nº Compromiso SIIF | 17926 | 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 | 01/05/2026 | Al | 31/05/2026 | Saldo Anterior del Contrato: | $ 35.531.227 |
| Número de pago | 4 | | | Valor Total del Contrato: | $ 49.743.718 |
| Valor Bruto Pago: | $ 4.737.497,00 | | | Nuevo Saldo del Contrato: | $ 30.793.730 |

## 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 | | ---------- | 80625796 | Base retención en la fuente a titulo de RENTA | 3.140.497,00 | TARIFA |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | | $ 1.894.999 | $ 1.894.999 | Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.197.397,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 236.900 | $ 236.900 | Valor base IVA | 0,00 | |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 303.200 | $ 303.200 | 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 | $ 9.900 | $ 9.900 | Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| | | $ | | Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 40.547,00 | 0,966% |
| | | $ | | - | 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 | | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | | Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Renta Exenta 25% | $ 37.927.505 | $ 1.047.000 | | | 0,00 | |
| Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro. | $ 3.141.000 | | | | | |
| Retención en la Fuente Contingente | | $ | | 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

Identificar a la persona con rol de aprendiz; sus logros, dificultades y lo concertado con el ente co-formador.

Visitas de acompañamiento y evaluación de los aprendices en etapa productiva.

Alimentación del Portafolio de Evidencias de los aprendices de etapa productiva.

Verificación de la documentación de los aprendices para la aprobación del RAP de etapa productiva.

Evaluación de los Resultado de Aprendizaje Etapa productiva.

Charlas de alternativas de etapa productiva para dar a conocer los aspectos procedimentales de solicitud de aval, documentación, segui

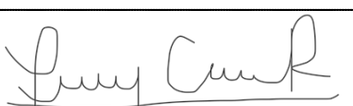
Brindar asesoría a las personas con rol de aprendiz en los lineamientos metodológicos de las alternativas y los seguimientos.

Orientación en el diligenciamiento de los documentos propios de la etapa productiva.

Diligenciamiento de actas en caso de incumplimiento de contratos para continuar con el proceso de 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



FRANCY CAMILA RAMIREZ PINZON
EL CONTRATISTA

## CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

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




NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
INSTRUCTOR G17

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)

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1007668173 | FRANCY CAMILA RAMIREZ PINZON | Transversal 35 #30-25 Sur | 3214122789 | fcamila.ramirezpi@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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 80625796 | 13/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $0 | $983.900 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 423.800 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 423.800 | 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 | 542.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 542.400 | 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 | 17.700 | | | | 17.700 | 0 | 0 | 17.700 | | | 177 | 17.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| 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 | 423.800 | 423.800 |
| Pensión | 1 | 542.400 | 542.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 17.700 | 17.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 983.900 | 983.900 |

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1007668173 | FRANCY CAMILA RAMIREZ PINZON | Transversal 35 #30-25 Sur | 3214122789 | fcamila.ramirezpi@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) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 80625796 | 13/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-04 | 2026-04 | I | $0 | $983.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Excarcelado | IND | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1007668173 | RAMIREZ PINZON FRANCY CAMILA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 3.390.000 | 30 | 542.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 3.390.000 | 30 | 423.800 | 14-23 | 3.390.000 | 30 | 1 | 17.700 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

SERVISALUD OCUPACIONAL IPS S.A.S

NIT. 830.136.121-5
LIC.SST Res 149720 de 20-11-2018 de la SDS
Calle 27 Sur N. 3A-43 Barrio Olaya, Bogotá D.C.
3002965555 - 3006168821 PBX. (601) 265 76 12

# CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL



**FECHA** 31-ene.-2025 **HORA** 09:56:33
**EMPRESA** PARTICULAR
**TIPO DE EXAMEN:** INGRESO
**INFORMACIÓN GENERAL:**
Nombre del Trabajador: Francy Camila Ramirez Pinzon
Edad 24 años 3 meses 23 dias
Documento de Identificación: CC Número: 1007668173
Cargo CONTRATISTA

APTO PARA LABORES ASIGNADAS.

**EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO**

**Optometría**
**Vision Lejana:** Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.
**Vision Cercana:** Emétrope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

**LABORATORIO**: GLICEMIA: NORMAL / PERFIL LIPIDICO: NORMAL / HEMOGRAMA: NORMAL / P.O: NORMAL/

**Otras Recomendaciones:** 1. Practicar ejercicio fisico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana). // 2. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral. // 3. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 4. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral.
MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR. Normal SEGURIDAD: NORMAL. ERGONOMICO: NORMAL. MUSCULOESQUELETICO: Normal. CARDIOVASCULAR: NORMAL. PSICOMÉTRICO: Trabajador sano o con hallazgos clínicos que no generan Pérdida de capacidad laboral ni limita el normal ejercicio de su labor. Persona ajustada a la realidad, emocionalmente equilibrado, no se evidencia ningún rasgo ni estado fuera de lo normal, sin embargo, se sugiere trabajar pausas activas durante la jornada, se evidencia presencia de algunos estados y rasgos del riesgo psicosocial que pueden estar presentes en el paciente por lo cual se sugiere realizar de manera preventiva capacitaciones del riesgo psicosocial, manejar estilos de vida saludables. REMISIÓN A EPS?: NO.
CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

"El examinado certfica que no omitó ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales , personales y flamiliares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la inflormación expresada en este documento es cierta"
LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS

| **Médico** | | **Trabajador** | | |
|---|---|---|---|---|
| Firma | LIC SST N°3508 19-07-22 Reg Med N° 72173322 | Firma | | Huella |
| Nombre: | JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO | Nombre: | Francy Camila Ramirez Pinzon | |
| RM. | LIC.SST#3508 de 19-0 Lic.SO: | CC N° | 1007668173 | |

Fecha: 31/01/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: FRANCY CAMILA RAMIREZ PINZON
IDENTIFICACIÓN: C.C. 1.007.668.173
EDAD: 24 AÑOS

**QUIMICA SANGUINEA**

| Examen | Resultado | Técnica | Unidad | Vr.Normal |
|---|---|---|---|---|
| GLICEMIA | 84 | Enzimático | mg/dL | 70-110 |
| COLESTEROL TOTAL | 140 | Enzimático | mg/dL | < 200 |
| COLESTEROL HDL | 66 | Enzimático | mg/dL | H >55 M > 65 |
| COLESTEROL LDL | 56 | Semiautomatizado | mg/dL | < 130 |
| TRIGLICÉRIDOS | 91 | Enzimático | mg/dL | < 150 |

*María Carolina Galvis R*
Bacterióloga U.C.M.C.
R.P. 52.125.928 C.N.B.

REALIZADO POR:
MARIA CAROLINA GALVIS ROMERO
BACTERIOLOGA U.C.M.C.
R.P. 52.125.928 C.N.B.

Fecha: 31/01/2025

NOMBRE DEL PACIENTE: FRANCY CAMILA RAMIREZ PINZON
IDENTIFICACIÓN: C.C. 1.007.668.173
EDAD: 24 AÑOS

**PARCIAL DE ORINA**

Parámetros:

1. FÌSICO
Color: AMARILLO
Aspecto: LIG. TURBIO

2. QUÌMICO
pH: 6
Densidad: 1030
Nitritos: NEG
Urobilinògeno: NEG
Sangre: 2+
Proteínas: NEG
Cetonas: NEG
Bilirrubina: NEG
Glucosa: NEG
Leucocitos: NEG
Ácido ascórbico: NEG

3. MICROSCÒPICO:
Células epiteliales escamosas: ESCASAS
Células epitelio renal: -
Bacterias: +
Hematíes: 1-3/C
Leucocitos: 0-2/C
Moco: -
Cristales:-
Cilindros: -
Hongos: -
*Paciente tiene el período.

María Carolina Galvis R
Bacterióloga U.C.M.C.
R.P. 52.125.928 C.N.B.

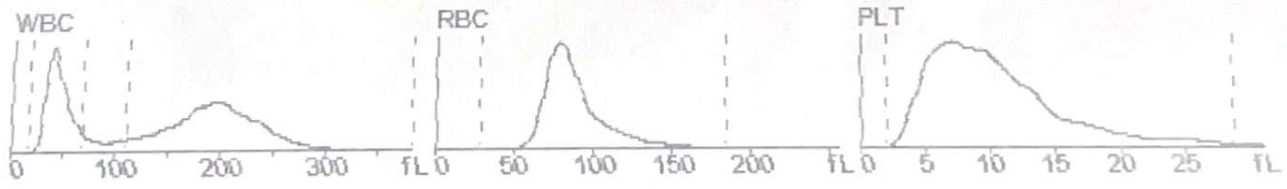
REALIZADO POR:
MARIA CAROLINA GALVIS ROMERO
BACTERIOLOGA U.C.M.C.
R.P. 52.125.928 C.N.B.

SERVISALUD
OCUPACIONAL IPS S.A.S.
NIT.830.136.321-5
Código Prestador Servicios No. 1100112782 - 01
Licencia en Salud Ocupacional No.10722 de 08/11/08

# CUADRO HEMATICO IV

ID: 1007663173 Modo: Completa Hora: 31-01-2025 08:43
Nombre: FRANCY CAMILA RAMIREZ PINZON Sexo: Mujer Edad: 24 años
N.º hª clín.: N.º cama: Dept.: LABORATORIO

| Parámetro | | Result. | | Rango ref. |
|---|---|---|---|---|
| WBC | | 7.3 | x 10^9/L | 4.0 - 10.0 |
| Lymph# | | 2.3 | x 10^9/L | 0.8 - 4.0 |
| Mid# | | 0.5 | x 10^9/L | 0.1 - 1.5 |
| Gran# | | 4.5 | x 10^9/L | 2.0 - 7.0 |
| Lymph% | | 32.0 | % | 20.0 - 40.0 |
| Mid% | | 6.4 | % | 3.0 - 15.0 |
| Gran% | | 61.6 | % | 50.0 - 70.0 |
| HGB | H | 16.1 | g/dL | 11.0 - 15.0 |
| RBC | | 4.76 | x 10^12/L | 3.50 - 5.00 |
| HCT | | 46.7 | % | 37.0 - 47.0 |
| MCV | | 98.3 | fL | 80.0 - 100.0 |
| MCH | | 33.8 | pg | 27.0 - 34.0 |
| MCHC | | 34.4 | g/dL | 32.0 - 36.0 |
| RDW-CV | | 13.0 | % | 11.0 - 16.0 |
| RDW-SD | | 45.0 | fL | 35.0 - 56.0 |
| PLT | | 174 | x 10^9/L | 100 - 300 |
| MPV | | 8.2 | fL | 6.5 - 12.0 |
| PDW | | 15.5 | | 9.0 - 17.0 |
| PCT | | 0.142 | % | 0.108 - 0.282 |




Rmte.: Analiz.: CAROLINA GALVIS Compr.:

María Carolina G.
Bacterióloga U.C.N.
R.P. 52.125.928 C.N.

Calle 27 sur No.14-43 • PBX (57-1) 361 76 12 • Fax (57-1) 407 35 50
Tel.: (57-1) 366 13 58 • E-mail: servisaluddelolaya@gmail.com
www.servisaludips.com