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	**85009-614932**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	GERARDO ANDRES BRAVO VILLARREAL	**Banco a consignar:**	BANCO CAJA SOCIAL
Cédula de Ciudadanía	98.380.613	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	gabravo@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	24518746803
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?	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:	8981812/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**10126**	**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	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 10.422.506
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 24.634.997
Valor Bruto Pago:			**$ 4.737.497,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 5.685.009

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		----------	**9503993446**	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%	$ 20.687.730	$ 1.047.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.141.000					
				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

Impartir formación grupos 3348238TGE(Generar Propuestas)-3394464;3394505 y 3403540(Procesar Información)

Elaborar actividades y talleres teóricos-prácticos, para alcanzar los resultados de las competencias asignadas.

Enviar y socializar a los aprendices los documentos correspondientes a las competencias asignadas.

Enviar y asignar actividades de las competencias asignadas.

Registrar fallas de aprendices en los grupos asignados.

Verificación de cargue de Tiempos de Instructor en el aplicativo SOFIA PLUS, correspondiente al mes de ejecución contractual.

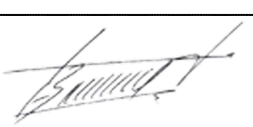
Presentar documentos de Gestión Contractual y Gestión Financiera para el mes objeto de cobro.

Asignar actividades para desarrollar la Formación Profesional Integral.

Elaborar actividades y talleres teóricos-prácticos, para alcanzar los resultados de las competencias asignadas.

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



GERARDO ANDRES BRAVO VILLARREAL
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

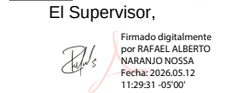
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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,



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)

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 98380613		BRAVO VILLARREAL GERARDO ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 54 #128-12 Apt 403	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3105562292	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	262146458	9503993446	I	2026/05/06	2026/04/29	BANCO CAJA SOCIAL	0	$550,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999		$9,900		$0	$0		$550,000
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999		$9,900		$0	$0		$550,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999		$9,900		$0	$0		$550,000
1	CC	98380613 BRAVO GERARDO																		25-14	30	$1,894,999	$303,200	EPS005	30	$1,894,999	$236,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,894,999	0.522%	$9,900	0	$0	$0	No	$550,000
Total	**Afiliados(1)**																					$1,894,999	$303,200			$1,894,999	$236,900			$0	$0			$1,894,999		$9,900		$0	$0		$550,000

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$303,200	$0	$0	$303,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$303,200	$0	$0	$303,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,900	$0	$0	$9,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,900	$0	$0	$9,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,900	$0	$0	$236,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$236,900	$0	$0	$236,900
TOTAL				**1**	**$550,000**	**$0**	**$0**	**$550,000**

Cendiatra

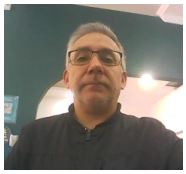
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6017464727 - 6017562592 **EMAIL:**citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-08

Nombres y apellidos:GERARDO ANDRES BRAVO VILLARREAL
Fecha de nacimiento:09/07/1971
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTOR CONTRATISTA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:98380613
Edad:54 **Sexo:**MASCULINO
Fecha ingreso:2026-01-08 / 08:43:57
Fecha salida:2026-01-08 / 09:19:44
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



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:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

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.

JOHN MICHEL HERNANDEZ RIVERA
Medico SST
RESOLUCIÓN No. 20727 de 06/12/2024

JHON HERNANDEZ RIVERA
CC: 20727
RM: 20727
LIC-SST: 20727
Firma y sello del médico

GERARDO ANDRES BRAVO VILLARREAL
CC: 98380613
Firma del paciente

Cendiatra

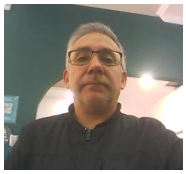
RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6017464727 - 6017562592 **EMAIL:**citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-08

Nombres y apellidos:GERARDO ANDRES BRAVO VILLARREAL
Fecha de nacimiento:09/07/1971
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:INSTRUCTOR CONTRATISTA
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:98380613
Edad:54 **Sexo:**MASCULINO
Fecha ingreso:2026-01-08 / 08:43:57
Fecha salida:2026-01-08 / 09:19:44
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



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

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

JOHN MICHEL HERNANDEZ RIVERA
Medico SST
RESOLUCIÓN No. 20727 de 06/12/2024

JHON HERNANDEZ RIVERA
CC: 20727
RM: 20727
LIC-SST: 20727
Firma y sello del médico

GERARDO ANDRES BRAVO VILLARREAL
CC: 98380613
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

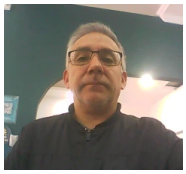
PSICOSOCIAL

SEDE:CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6017464727 - 6017562592 **EMAIL:**citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-08

CC:98380613
Nombres y apellidos:GERARDO ANDRES BRAVO VILLARREAL
Fecha de nacimiento:09/07/1971
Edad:54 **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:INSTRUCTOR CONTRATISTA
Fecha ingreso:08/01/2026
Fecha salida:08/01/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



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.

OBSERVACIONES:

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.

SECCIÓN 2

ADJUNTA FORMATO:

MARIA FERNANDA ZARTA AYA
PSICOLOGA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC. 8738 de 09/10/2023

MARIA FERNANDA ZARTA AYA
CC: 1110558891
RM: N/A
LIC-SST: 8738
Firma y sello del médico

GERARDO ANDRES BRAVO VILLARREAL
CC: 98380613
Firma del paciente

Cendiatra

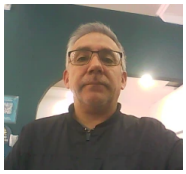
VISIOMETRIA

SEDE:CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6017464727 - 6017562592 **EMAIL:**citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-08

CC:98380613
Nombres y apellidos:GERARDO ANDRES BRAVO VILLARREAL
Fecha de nacimiento:09/07/1971
Edad:54 **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:INSTRUCTOR CONTRATISTA
Fecha ingreso:08/01/2026
Fecha salida:08/01/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



ANTECEDENTES

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES OCULARES:	-PACIENTE PRESENTA CORRECCION OPTICA EN EL EXAMEN
ANTECEDENTES PATOLOGICOS:	NO REFIERE
ANTECEDENTES FAMILIARES:	NO REFIERE

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AGUDEZA VISUAL LEJANA

AMBOS OJOS:	20/20	CC
OJO DERECHO:	20/20	CC
OJO IZQUIERDO:	20/20	CC
ESTENOPEICO:		

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AGUDEZA VISUAL CERCANA

AMBOS OJOS VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	CC
OJO DERECHO VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	CC
OJO IZQUIERDO VISUAL CERCANA:	0.50 CM.	CC

ESTADO MOTOR

ESTADO MOTOR

COVER TEST VL:	O
COVER TEST VP:	X
OBSERVACIÓN:	

TEST COMPLEMENTARIOS

VISIÓN CROMATICA
VISIÓN CROMATICA: NORMAL
ESTEREOPSIS
ESTEREOPSIS SEG:
CAMPIMETRIA
CAMPIMETRIA: NORMAL

DIAGNÓSTICOS

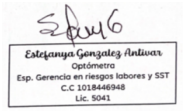
DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO 1:	Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 2:	H527: TRASTORNO DE LA REFRACCIÓN, NO ESPECIFICADO
DIAGNÓSTICO 5:	
DIAGNÓSTICO 3:	

RECOMENDACIONES Y EVOLUCION

RECOMENDACIONES
RECOMENDACIONES: CONTROL VISUAL ANUAL
USO CORRECCION OPTICA

EVOLUCIÓN
EVOLUCIÓN:



YUDITH ESTEFANYA GONZALEZ ANTIVAR
CC: 1018446948
RM: N/A
LIC-SST: 5041
Firma y sello del médico



GERARDO ANDRES BRAVO VILLARREAL
CC: 98380613
Firma del paciente

Cendiatra

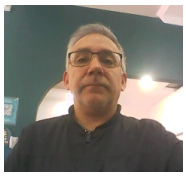
REPORTE LABORATORIO CLÍNICO

SEDE:CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6017464727 - 6017562592 **EMAIL:**citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-08

CC:98380613
Nombres y apellidos:GERARDO ANDRES BRAVO VILLARREAL
Fecha de nacimiento:09/07/1971
Edad:54 **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:INSTRUCTOR CONTRATISTA
Fecha ingreso:08/01/2026
Fecha salida:08/01/2026
Parentesco del responsable:NO REFIERE
Tipo de vinculación:REGIMEN CONTRIBUTIVO
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:E.P.S. SANITAS S.A.



GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	VALOR DE REFERENCIA
RESULTADO	85	MG/DL	NORMAL: 70-100 MG/DL, AGA: >100-125MG/DL, DM: >126

ADJUNTAR RESULTADO
CARGAR ARCHIVO

Karin Mercedes Rodríguez Sánchez
Bacterióloga
T.p 1026598593

KARIN MERCEDES RODRIGUEZ SANCHEZ
RM: N/A
Firma y sello del médico