



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	Junio de 2026
Versión	ENERO - 1,26
ID de Proceso	16513-885969

**DATOS DEL CONTRATISTA**

Nombres y apellidos:	GIOVANNI EDUARDO CASTRO HIGUERA	Banco a consignar:	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	79.626.711	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	gecastroh@sena.edu.co	Número de Cuenta:	0332247006
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:	8983884/2026	Nº Compromiso SIIF	7326	Número de pagos durante la vigencia del contrato	11
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción 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	01/06/2026	Al	30/06/2026	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 30.793.730
Número de pago	5			Valor Total del Contrato:	\$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:	\$ 4.737.497,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 26.056.233

**RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Ingresos por honorarios	\$ 4.737.497	Retención en la fuente a practicar Artículo 383 rentas	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
<b>TOTAL INGRESOS DEL PERIODO</b>	<b>\$ 4.737.497</b>		<b>\$ 0</b>
<b>BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE</b>	<b>\$ 3.140.497</b>	<b>TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO</b>	<b>\$ 0</b>

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

	Junio	Mayo			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS	-----	1082545876	Base retención en la fuente a título de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.894.999	\$ 1.894.999	Base retención en la fuente a título 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	\$ 9.900	\$ 9.900	Menos Retención 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.	\$ 4.188.000				
Retención en la Fuente Contingente	\$		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
			<b>VALOR A PAGAR</b>	<b>\$4.696.950,00</b>	

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

**ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

Publicación de contenidos y evidencias en Classroom, para las fichas 3491102 TGDAI, 3491100 TGDAI y 3491101 TGDAI.
Diligenciar el Formato control de asistencia a formación.
Realizar evaluación de inducción a la ficha 3491100 TGDAI.
Desarrollo de actividades de apoyo en la formación profesional integral, para las fichas 3491102 TGDAI, 3491100 TGDAI y 3491101 TGDAI.
Generar reporte de tiempos de instructor en Sofia Plus.
Elaborar acta de elección aprendiz vocero para la ficha 3491100 TGDAI.
Descargar reportes de juicios de evaluación en Sofia Plus
Pago de planilla de seguridad social.
Revisión y calificación de evidencias presentadas por los aprendices.

**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

**GIOVANNI EDUARDO CASTRO HIGUERA  
EL CONTRATISTA**

**CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

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

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 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)**



# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-06-04, 06:57:53 a. m. Tipo Planilla | Número Planilla 1082545876

Periodo Cotización 202605

Periodo Servicio 202605

## PAGADA 2026-06-04 06:56:04.0

### I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GIOVANNI EDUARDO CASTRO HIGUERA		
Documento	CC 79626711	Dirección	TV 22A #60 - 10 APTO 202
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3002242397
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
		Total Afiliados	1

### II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79626711	Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59 00				CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud						Riesgos				Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDF	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA
																		16 %	\$ 1.894.999	\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	EPS005		12,5 %	\$ 1.894.999	\$ 236.900	\$ 0	14-23	1	0,522 %	\$ 1.894.999	\$ 9.900	NIN-CC	0 %	\$ 0	\$ 0	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

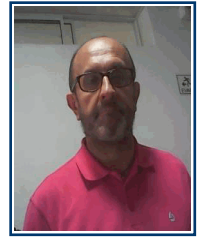
### IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 303.200	\$ 0	\$ 0	\$ 236.900	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	




**N° 118.799**
**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
08 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)	EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
Apellidos y Nombres				Género	Edad	Documento de Identificación	
CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO				MASCULINO	50 AÑOS 9 MESES 10 DÍAS	CC	79626711
						Tipo	Número
Cargo							
CONTRATISTA							
EPS		AFP			ARL		
SANITAS		PROTECCION			POSITIVA		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO SIN RESTRICCIONES LABORALES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
NO APLICA				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR				✓	ENFASIS OSTEOMUSCULAR		
LAB CLÍNICO (GLICEMIA)				✓	ENFASIS CARDIOVASCULAR		
PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)				✓	ENFASIS DERMATOLOGICO		
TEST PSICOLÓGICO (WARTEGG)				✓	-----		
RECOMENDACIONES MÉDICAS			RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL			PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES	
CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA EN SU EPS						HACER DEPORTE	
						DIETA BALANCEADA	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
TRABAJADOR APTO PARA EL CARGO SIN RESTRICCIONES. REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS, ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE, HIGIENE POSTURAL. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS Y PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE LA EMPRESA.							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: _____				 Firma: _____			
Nombre: CC: 91298303 - SERGIO MAURICIO URIBE				Nombre: CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO			
R. M.: 0843-08				L.S.O.: 19396			
				 Código de Seguridad			
				G99M1S118799			
				CC: 79626711			



## PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

### Datos Personales

N° Atención: 330

Ciudad: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) 08/01/2026 - 02:20 P. M. Fecha Atención: 08/01/2026 02:20:13p. m.  
CC: 79626711 Nombres y Apellidos: CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO Fecha de Nacimiento: 30/03/1975 Edad: 50 AÑOS 9 MESES 10 DÍA  
Genero: MASCULINO Estado Civil: SOLTERO(A) Dirección: BOGOTA Teléfono: Celular: 3002242397  
Entidad: PARTICULARES Profesión o Cargo: CONTRATISTA  
Funciones del Cargo: Nivel Académico: UNIVERSITARIO Acudiente:  
Teléfono del Acudiente: Parentesco:

### Diagnóstico:

#### 1. EXPLICACIÓN DEL INFORME

El presente informe se elabora con base en la aplicación e interpretación del TEST DE WARTEGG, instrumento que permite evaluar aspectos de la personalidad relacionados con el ámbito laboral, tales como la responsabilidad, estabilidad emocional, adaptación, motivación y relaciones interpersonales. A través del análisis de las respuestas gráficas y escritas del paciente, se identifican patrones de comportamiento y actitudes frente al trabajo, lo cual facilita establecer un concepto psicológico integral sobre su idoneidad para el cargo de aportando elementos objetivos para la toma de decisiones en el proceso de selección.

#### 2. EVALUACIÓN APLICADA

Se aplica el TEST DE WARTEGG con el propósito de explorar rasgos de personalidad, equilibrio emocional y adaptación laboral, relevantes para el desempeño en el cargo evaluado CONTRATISTA SENA.

#### 3. ANÁLISIS PSICOLÓGICO

La producción gráfica evidencia adecuado cumplimiento de la tarea, con dibujos organizados, reconocibles y coherentes, lo que permite inferir pensamiento estructurado, comprensión de instrucciones y orientación a la ejecución. El uso del espacio es equilibrado, observándose planeación básica y control atencional funcional.

#### 4. EVALUACIÓN ESTÍMULOS ORGÁNICOS E INORGÁNICOS

##### 4.1. ESTÍMULOS ORGANICOS:

Se evidencia adecuada expresión emocional, sensibilidad interpersonal y disposición para el aprendizaje, con manejo funcional de la ansiedad y estabilidad afectiva.

##### 4.2. ESTÍMULOS INORGÁNICOS:

Se infiere pensamiento estructurado, organización, orientación a la tarea y capacidad para seguir procesos y lineamientos establecidos.

#### 5. CONCLUSIÓN PSICOTÉCNICA

El evaluado es **APTO** desde el punto de vista psicológico para desempeñarse como **Contratista SENA**, sin restricciones, evidenciando recursos personales y cognitivos acordes a las exigencias del rol.

#### 6. OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-Promover pausas activas y autocuidado emocional para prevenir sobrecarga laboral.

### PSICÓLOGO

*Marlyn Yuliet Valbuena Tolga*

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: CC: 1097850257 - MARLYN YULIETH VALBUENA  
R. M.: 239213



Código de Seguridad  
**X99D40J330**

### PACIENTE

*Giovanni Eduardo Castro Higuera*

Firma: \_\_\_\_\_  
Nombre: CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO  
CC: 79626711



## EXAMEN DE PARACLINICOS (OPTOMETRÍA)

### DATOS PERSONALES

Atención N°: 39,582

Fecha: 08/01/2026 Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) CC: 79626711 Nombre: CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARD Edad: 50 AÑOS 9  
 Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: CONTRATISTA Empresa: PARTICULARES  
 Eps: SANITAS Tipo Evaluación Medica: EMO EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ÉNFASIS F. Último Examen: 2023  
 Lugar del Último Examen: BUCARAMANGA Motivo Consulta: EXAMEN DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

### ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	NIEGA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTE
TRAE RX	SI
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	SI USA

### PRUEBAS REALIZADAS

#### SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/200	100	200	-4.00		20/200	100
O.I:	NO APLICA	20/200	80	40	-3.00-1.25*90		20/100	40
A.O:	NO APLICA	20/200	80	40	NO APLICA		N/A	N/A

#### EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: NORMAL

OJO IZQUIERDO: NORMAL

#### REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

#### COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL

VISIÓN PROXIMA: NORMAL

#### MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

#### PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: NORMAL

#### OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

#### QUERATROMETRÍA

OJO DERECHO: K' =

OJO IZQUIERDO: K' =

#### REFRACCIÓN

OJO DERECHO -4.00 AV VL 20/ 200

OJO IZQUIERDO -4.00-1.75\*90 AV VL 20/ 40

#### RX FINAL

OJO DERECHO -4.00 AV VL 20/ 200 AV VP 20/ 80 ADD 2.00

OJO IZQUIERDO -4.00-1.75\*90 AV VL 20/ 100 AV VP 20/ 40 ADD 2.00

**VISIÓN COLOR**OJO DERECHO: **NORMAL**OJO IZQUIERDO: **NORMAL****ESTEREOPSIS**OBSERVACIÓN: **NORMAL**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H522	ASTIGMATISMO	IZQUIERDO	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
H530	AMBLIOPIA EX ANOPSIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA


**CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES**

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:****OPTOMETRA**


Dra. Nargi E. Ovalle Castro  
Optómetra  
R.S. 1523306

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CC: 37514796 - NARGI OVALLE

R. M.: 15233-06

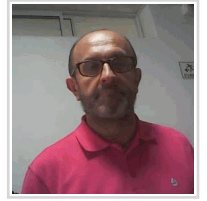
L.S.O.:

**PACIENTE**


Firma: \_\_\_\_\_

Nombre: CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO

CC: 79626711



**DATOS PERSONALES**

**Orden de Servicio N°: 137253**

Municipio: BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)

Fecha y Hora: jueves, 8 de enero de 2026 07:39:26 a.m.

Nombres y Apellidos: CASTRO HIGUERA GIOVANNI EDUARDO

CC: 79626711 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 30/03/1975 Edad: 50 AÑOS 9 MESES 10 DÍAS Entidad: PARTICULARES CONTADO

Autorización:

**RESULTADOS DEL LABORATORIO**

**QUÍMICA**

**LAB CLÍNICO (GLICEMIA)**

**QUIMICA**

**LABORATORIO**

**RESULTADO**

**REFERENCIA**

GLICEMIA

90

Normal 70 a 110 mg/dl

**Milena Del Carmen Torres Yepes**

**CC: 45543326**

Bacteriólogo(a) RP: 45543326

*Milena Torres Yepes*