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 TECNOLOGIAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	**11**
Código Centro	**920910**
Fecha Elaboración	**Setiembre de 2024**
Versión	**MARZO 2024 - 2,24**
ID de Proceso	**87164-298548**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS	**Banco a consignar:**	BANCO COLPATRIA
Cédula de Ciudadanía	19.133.940	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	jballen@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	1003017792
IP/Nº de contacto:	14759	**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 2023**	SI

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	SI
Sus ingresos en el 2023 fueron iguales o superiores a $59.377.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2024 es igual o superior a $188.260.000 (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:	6778955/2024	**Nº Compromiso SIIF**	**243424**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	4

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: CONTRATAR LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS PROFESIONALES DE MANERA AUTÓNOMA E INDEPENDIENTE PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL EN LAS COMPETENCIAS TÉCNICAS, CLAVES Y TRANSVERSALES A TRAVÉS DE HERRAMIENTAS PEDAGÓGICAS EN EL PROGRAM

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**18/09/2024 Al 30/09/2024**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 12.613.333
Número de pago	**1**	**Valor Total del Contrato:**	$ 12.613.333
Valor Bruto Pago:	**$ 2.150.000,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 10.463.333

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 2.150.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	**$ 2.150.000**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 1.490.500**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Setiembre	Agosto
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**1065807741**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.300.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 162.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 0	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	V	$ -	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
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	$ 753.040	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 12.393.783	$ 497.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	1.490.500,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	1.987.500,00	
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	19.199,00	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	**$2.130.801,00**	

SON: DOS MILLONES CIENTO TREINTA MIL OCHOCIENTOS UN PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Impartir Formación Titulada en Tecnólogos de Gestión de Procesos y Producción de Mobiliario

Ficha N° 2697446 Gestión de Procesos: Perfil Ocupacional del Tecnólogo como base para el desempeño etapa práctica

Ficha N° 2885701 Gestión de Procesos: Estudio del trabajo, técnicas de aplicación ejercicios para analizar y estandarizar

Ficha N° 3025562 Gestión de Procesos: Actividades clave ejercicios de análisis y mejora que inciden en la cadena de valor

Impartir Formación Titulada en Técnicos:

Ficha N° 2911911 Técnico en Estructuras en Guadua: Características de un Proyecto como emprendimiento

Ficha N° 2927786 Técnico en Construcciones Livianas: Características y comportamiento químico de los materiales

Ficha N° 2927776 Técnico en Ebanistería: Control de Calidad y Emprendimiento; Conocimiento recursos y características

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

JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS
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,

EDGAR ELIAS PARRA RUBIO
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
WILLIAM DARIO RIAÑO BARON
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

21/09/24 13:54:46 USUARIO: SIC -

EPS sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **19133940** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 19133940
NOMBRES Y APELLIDOS	JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/11/2019
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	244
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **21/09/2024**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-09-05, 03:07:25 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1065807741

Periodo Cotización: agosto de 2024 **Periodo Servicio:** agosto de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810668251

PAGADO 05/09/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS		
Documento	CC19133940	**Dirección**	CR 88 #6 A - 90
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4484507
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 19133940	JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS	59	02																	0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS010) EPS SURA	$ 1.720.000	$ 215.000	0,522	$ 1.720.000	$ 9.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 224.000

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
$ 0	$ 1.720.000	$ 1.720.000	$ 0	$ 0	$ 215.000	$ 9.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 224.000	$ 0	$ 224.000

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.

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2024-08-10, 11:14:25 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Periodo Cotización: agosto de 2024 **Periodo Servicio:** agosto de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810668251

Fecha limite de pago: 2024-09-10

GUARDADA 10/08/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS				
Documento	CC19133940	**Dirección**	CR 88 #6 A - 90		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4484507		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: SEÑOR APORTANTE, POR FAVOR VERIFIQUE LA LIQUIDACIÓN ANTES DE REALIZAR EL PAGO, Simple S.A., da por entendido que, de realizar el pago con esta planilla, usted está de acuerdo con la información consignada, en consecuencia, la atención de cualquier inconsistencia con las administradoras es su responsabilidad. Recuerde realizar el pago de sus aportes al Sistema General de Seguridad Social dentro de las fechas establecidas y evite posibles inconvenientes en la prestación de los servicios con sus administradoras. Por favor tenga en cuenta que los pagos realizados después de las 3.00 p.m., se harán efectivos el siguiente día hábil.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	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	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 19133940	BALLEN RAMOS JAIRO ENRIQUE	59	02																0	0	30	30	0	NINGUNA AFP	¤ 0	¤ 0	EPS SURA	¤ 1,720,000	¤ 215,000	POSITIVA DE SEGUROS	¤ 1,720,000	¤ 9,000	NINGUNA CCF	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 224,000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
¤ 0	¤ 1,720,000	¤ 1,720,000	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 215,000	¤ 9,000	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 0	¤ 224,000	¤ 0	¤ 224,000

IV.INFORMACION

Día hábil de pago sin mora
7

Periodo cotización salud											
Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Centro de Servicios Cafam - Supermercados Colsubsidio

8888106682510000000991231

Mibanco - Corresponsables AKI - Supermercados Comfandi - Almacenes Grupo Éxito

(415)7709998485884(8020)8810668251(3900)0000000(96)20991231

MEDIOS DE PAGO PRESENCIALES Corresponsales: Punto de pago - Punto Red - AKI (MiBanco) - MOViiRED / Centro de Servicios: Cafam Suba / Supermercados: Tiendas Cencosud (Jumbo, Metro y Spid) - Colsubsidio - Comfandi / App: MOVii – ClaroPAY / Bancos: Mibanco - Banco de Occidente. Consulta otros medios de pago en: https://pagosimple.com/puntos-de-recaudo/

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!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Pago Salud agosto 2024

TRANSACCIÓN EXITOSA

Comprobante de la transacción

Referencia / PIN

8810668251

Periodo de cotización

202408

Numero aprobación (CUS)

893813739

Banco

BANCOLOMBIA

Valor pagado

$ 224.000

Fecha de pago

2024-09-05 14:43:26

Respuesta

¡Tu pago fue aprobado!

Descargar Comprobante

VOLVER

NUEVO PAGO

Medellín, 16 de junio de 2008

2008-15669

Señor
JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS
Bogotá.

Comunicamos a usted que hemos recibido su solicitud de pensión de vejez fechada el 28 de febrero de 2008, estando afiliado al Fondo de Pensiones Obligatorias desde el 01 de noviembre de 1995, y con fecha de nacimiento 29 de junio de 1951. Relaciona en la solicitud de pensión a la señora MARIA CRISTINA TORRES VARGAS, identificada con cédula de ciudadanía número 51.992.946, nacida el 06 de diciembre de 1969 en calidad de cónyuge.

Analizada la solicitud, se procede al reconocimiento de la pensión anticipada de vejez, teniendo en cuenta los siguientes antecedentes:

De acuerdo a su autorización, el bono pensional fue pagado el día 06 de junio de 2008 por un valor de $220.622.066 de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente.

En la cuenta de ahorro Individual presenta un saldo de $20.751.076, por aportes obligatorios a junio 03 de 2008.

La Ley 100 de 1993 en su artículo 64 establece: "Los afiliados al Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad, tendrán derecho a una pensión de vejez, a la edad que escojan, siempre y cuando el capital acumulado en su cuenta de ahorro individual les permita obtener una pensión mensual superior al 110% del salario mínimo legal mensual vigente a la fecha de expedición de esta ley, reajustado anualmente según la variación porcentual del Índice de Precios al Consumidor certificado por el DANE. Para el cálculo de dicho monto se tendrá en cuenta el valor del bono pensional, cuando a éste hubiere lugar."

En consideración a lo anterior, se requiere una pensión en Renta Vitalicia mayor a $478.571 para cumplir con los requisitos exigidos en el numeral anterior.

El monto de la pensión se determinó en $858.769 para el año 2008, con 14 mesadas al año, bajo la modalidad de retiro programado con Protección S.A. escogida por usted.

El primer pago corresponde al retroactivo desde el 28 de febrero de 2008, fecha en la cual se efectuó la solicitud de pensión al Fondo de Pensiones Obligatorias de Protección S.A., hasta el 31 de mayo de 2008, por un valor de $2.690.810.

Queda pendiente el reconocimiento, expedición y pago del cupón pensional a cargo del Seguro Social. A partir del momento en que el cupón sea expedido conforme a la ley, podrá negociarse o esperar su redención normal para completar el capital que financie la pensión, bajo la modalidad que usted haya escogido para el pago de las mesadas pensionales.

El reconocimiento de la cuota parte del bono pensional es responsabilidad del contribuyente de conformidad al artículo 1 del Decreto 1513 de 1998.

Del valor de la mesada pensional se descontará el 12.5% correspondiente a la cotización para la Entidad Promotora de Salud escogida por el beneficiario, a más tardar los cinco primeros días del mes de julio; tal como lo estipula el artículo 157 de la Ley 100 de 1993, descuento que será aplicado desde la mesada de julio. La afiliación a la EPS debe realizarse bajo la razón Social "Fondo de Pensiones Obligatorias" Nit 800.229.739 y se deberá enviar la copia a la oficina una vez se realice la afiliación.

La copia de la afiliación a la EPS debidamente radicada, debe ser entregada en las oficinas de Protección dentro de los primeros quince días del mes siguiente a la notificación para que sea incluido el pago por salud en la nómina del mes correspondiente; en caso contrario el beneficiario deberá sumir el pago de la EPS de dicho período. De igual forma de no presentar dicha afiliación no se realizará el pago de la mesada correspondiente.

A partir de la fecha, deberá presentar cada año el respectivo certificado de supervivencia y actualización de los datos de localización.

Favor mantener actualizado sus datos a través de nuestras oficinas de Protección.

Cordialmente,

Esperanza Peñaranda P.

ESPERANZA PEÑARANDA PINEDA
Jefe Dpto. Beneficios y Pensiones

JULIANA PERDOMO RIVERA
Analista Beneficios y Pensiones

JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS
C.C. 19.133.940
Beneficiario

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 900.379.921

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS** identificado(a) con **CC** número **19.133.940**, es pensionado(a) por **VEJEZ** en nuestro FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN S.A., desde el día **25 de junio de 2008**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de septiembre de 2024

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

2024090416362

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS** identificado con **CC** No. **19133940**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 18/09/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 16/09/2024 **Fecha fin de Contrato:** 13/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401019626936.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 21 días del mes de septiembre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14896704571

(415)7707212489984(8020) 000001489670457 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 9 1 3 3 9 4 0	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 9 1 3 3 9 4 0	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BALLEN	RAMOS	JAIRO	ENRIQUE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: DG 17 B 89 50 TO 10 AP 101 BRR HAYUELOS

42. Correo electrónico: jairob29@yahoo.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 7 8 4 5 5 7	3 1 0 3 1 6 0 1 3 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica					Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 1	2 0 2 3 0 1 0 1	8 5 4 2	2 0 1 0 0 1 2 6	0 0 2 0		

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 16 / 11 : 50: 33

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BALLEN RAMOS JAIRO ENRIQUE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14896704571

(415)7707212489984(8020) **000001489670457 1**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 9 1 3 3 9 4 0	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio al por menor de pinturas en establecimientos especializados 5 2 4 2	

162. Nombre del establecimiento: PROQUIM B R

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1	

165. Dirección: CL 39 22 42

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 0 7 9 8 4 5 9	1 9 9 7 0 6 1 7	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
2 4 4 4 5 7 2	2 0 0 5 0 8 0 1	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19133940 realizó el día 21/09/2024 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

Yo JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19133940 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.

2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.

3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.



Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS Identificado(a) con cédula de ciudadanía 19133940 el día 21/09/2024 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

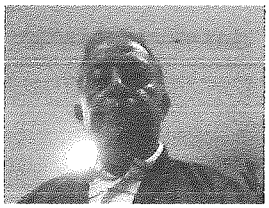
Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

Fundación Médica Mira tu Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

EXAMEN OPTOMETRIA SALUD OCUPACIONAL

Fecha de impresión 16/01/2023 8:49 AM



FECHA DEL EXAMEN INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR
FECHA DEL EXAMEN 2023-01-16 08:38:59

DATOS DE INSTITUCION

Nombre:	FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD	**Nit**	830104032-4
Dirección	CALLE 24 A SUR No 68 H 66	**Teléfonos**	4173131
e-mail	coordinacionso@miratusalud.com.co		

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos	JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS			**Identificación**	C	19133940		**Sexo**	M	**G.S. Rh.**	O -
Fecha de Nacimiento	29/04/1951	**Lugar Nacimiento**	BOGOTA		**Edad**	71 Años		**Estado Civil**		Union libre	
Escolaridad	Profesional	**Procedencia**	**Departamento**	Bogotá, D.C.				**Municipio**	Bogotá, D.C.		
Dirección	CR 88 6 A 90				**Teléfonos**	3103160137					
EPS	Sura		**ARL**	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS							

DATOS EMPRESA

Empresa Contratante	Atencion a Particulares		
Empresa en Misión	NO APLICA	**Cargo**	INSTRUCTOR
Fecha Ingreso	SIN INFORMACION	**Jornada de trabajo**	SIN INFORMACION

ANTECEDENTE LABORALES

NO REFIERE

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCULARES (GOLPES, QUEMADURA, POLVORA, ESQUIRLAS, POLVO, OTROS)	NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES

NO REFIERE

ULTIMO CONTROL VISUAL - LENSOMETRIA

Ultimo Examen	Usa RX	OD	OI	CORRECCION
Entre 6 meses y 1 año	GAFAS	+3.25-0.75*0	+2.00-0.75X120	SI

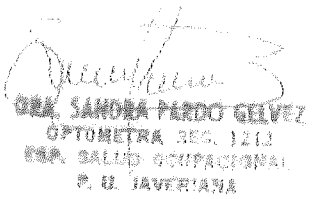
SINTOMATOLOGIA

DISMINUCION AV LEJOS	NO	
DISMINUCION AV CERCA	NO	
ENROJECIMIENTO	NO	
CANSANCIO	NO	
DESVIACION OCULAR	NO	
LAGRIMEO	NO	
ARDOR	NO	
PRURITO	NO	
CEFALEA	NO	
SECRECION	NO	
RESEQUEDAD	NO	
FOTOFOBIA	NO	
OTROS	NO APLICA	

AGUDEZA VISUAL

	SIN CORRECION			CON CORRECION		
OJO	**DERECHO**	**IZQUIERDO**	**BILATERAL**	**DERECHO**	**IZQUIERDO**	**BILATERAL**
LEJANA	20/25	20/25	20/25			
PROXIMA				0.75 m	1 m	0.75 m

Entiendo que la información contenida en el presente informe es confidencial y se anexará a la historia clínica ocupacional, que toda la información que se ha suministrado es verdadera y no he omitido ninguna que pueda ser causante de dificultades laborales en el futuro y se me ha explicado y he comprendido los resultados de los diferentes exámenes, sus causas ocupacionales,extraocupacionales y sus consecuencias. En constancia de lo anterior firmo.



SANDRA MILENA PARDO-
RM: RESOL. 3150 del 10/04/2017
Firma y sello del Médico Evaluador



JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS
C.C 19133940
Firma del trabajador Evaluado

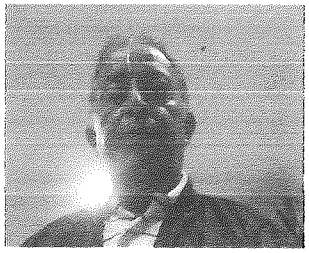


Fundación Médica Mira tu Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2023/01/16 09:58:47 am

TIPO EXAMEN: INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR
FECHA EXAMEN: 2023-01-16 08:13:00



DATOS DE INSTITUCIÓN

Nombre:	FUNDACION MEDICA MIRA TU SALUD		
Dirección	BOGOTA	**Nit:**	830104032-4
e-mail:	coordinacionso@miratusalud.com.co	**Teléfonos:**	4173131

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres Y Apellidos	JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS			**Identificación**	CC	19133940	
Fecha de nacimiento	1951-04-29	**Edad**	71	**Telefonos**	3103160137		
Dirrección	CR 88 6 A 90	**Municipio**	Bogotá, D.C.	**EPS**	Sura		
ARL	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	**Fondo de Pensiones**		PROTECCION S.A.			

DATOS EMPRESA

EMPRESA CONTRATANTE	ATENCION A PARTICULARES	**EMPRESA USUARIA**	NO APLICA
CARGO	INSTRUCTOR	**FECHA DE INGRESO**	

EXAMENES REALIZADOS

OPTOMETRIA SALUD OCUPACIONAL	HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL	EXAMEN PSICOSENSOMETRICO ANEXO

CONCEPTO DE APTITUD

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL	APTO PARA EL CARGO	
CONCEPTO ESPECIFICO 1	NO APLICA	
CONCEPTO ESPECIFICO 2	NO APLICA	
RESTRICCIÓN	NO APLICA	
REUBICACIÓN	NO APLICA	
REMISION EPS	NO	

RECOMENDACIONES

INDUCCIÓN ESPECÍFICA AL CARGO O REINDUCCIÓN	SI	
ACONDICIONAMIENTO FÍSICO O PAUSAS ACTIVAS	SI	
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL	SI	
HIGIENE POSTURAL Y/O MANEJO DE CARGAS	SI	
VALORACIÓN OCUPACIONAL O PARACLÍNICOS PERIÓDICOS	SI	
CHEQUEOS POR EPS Y HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE	SI	
OTRAS	SI	SE SUGIERE MANTENER HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE , ESTIMULAR ACTIVIDAD FÍSICA CARDIOVASCULAR - SE SUGIERE USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN ELÁSTICA DURANTE LA JORNADA LABORAL -CONTINUAR CON CORRECCIÓN PARA VISIÓN PRÓXIMA Y LECTURA

"Certifico que la información por mi aportada es veraz y que fui informado acerca de la confidencialidad de la misma, así como de los resultados de los exámenes paraclínicos practicados de acuerdo con los términos de la Resolución 2346 de 2007 y en especial la Resolución 1918 de 2009 del Ministerio de la Protección Social. En ese sentido Autorizo a la Fundación Medica Mira Tu Salud a realizar los exámenes clínicos y paraclínicos pertinentes, a mantener dentro de su archivo de historias clínicas de Salud Ocupacional y con fines estrictamente médicos, el original y/o copia de mi historia clínica ocupacional y además a suministrarla a las entidades administrativas o judiciales autorizadas por la ley, en especial a las

Fundación Médica Mónaco Salud
SALUD CON CALIDEZ Y CALIDAD HUMANA

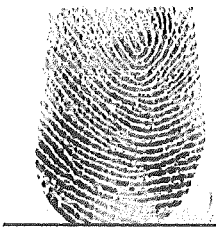
CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

Fecha de Impresión: 2023/01/16 09:56:48 am

del sistema de seguridad social (ARL, EPS, AFP y juntas de calificación de invalidez) que las requieran, como parte del proceso de calificación de origen de enfermedad y/o accidente, así como para calificación de la perdida de la capacidad laboral, también a proporcionar la información de los resultados de mis exámenes paraclínicos con el fin de que la empresa contratista implemente y ejecute los SVE respectivos."

LEONARDO BOHORQUEZ GARCIA
RM: 1030524941
Firma y sello del médico evaluador

CC 19133940
Firma del trabajador evaluado



Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: **BALLEN RAMOS JAIRO ENRIQUE**	Identificación: **19133940**	Nro. Servicio: **18371553**	No. Paciente: **42029**
Sexo/Edad: **MASCULINO / 71 Años**	Teléfono: **3103160137**	Tipo servicio:	
Médico: **ANA CAVANZO FORERO**	Fecha servicio: **07/10/2022**	Fecha impresión: **15/10/2022 08:33 AM**	
Empresa: **COLSUBSIDIO**		Habitación:	

PARCIAL DE ORINA, INCLUIDO SEDIMENTO

Validado: 07/10/2022 03:45 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
FISICO QUIMICO				
COLOR	**Amarillo**			
ASPECTO	**Lig.Turbio**			
DENSIDAD	**1.020**	1.005	1.030	
PH	**6.0**	5.0	6.5	
PROTEINAS	**Negativas**	Negativo		mg/dl
GLUCOSA	**Negativa**	Negativo		mg/dl
CUERPOS CETONICOS	**Negativos**	Negativo		mg/dl
BILIRRUBINA	**Negativas**	Negativo		.
SANGRE	**Negativa**	Negativo		.
NITRITOS	**Negativos**	Negativo		
UROBILINOGENO	**1.0**	0.2	1.0	mg/dl
LEUCOCITOS	**Negativos**	Negativo		.
SEDIMENTO URINARIO				
LEUCOCITOS	**0-2**	0	5	x Campo
CELULAS EPITELIALES BAJAS	**ESCASAS**	0	5	x Campo
BACTERIAS	**ESCASAS**			x Campo

OBSERVACIONES:



BACTERIOLOGA
YULI ESTEFANIA NAVARRO RODRIGUEZ
REG. 1104703238

TIROIDEA ESTIMULANTE TSH

Validado: 07/10/2022 03:18 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
TSH	**2.181**			mUI/L
VALORES DE REFERENCIA				
DE 0 A 6 DIAS		0.700	15.200	mUI/L
DE 7 DIAS A 3 MESES		0.720	11.000	mUI/L
DE 3 MESES Y 1 DIA A 12 MESES		0.730	8.350	mUI/L
DE 1 A 5 AÑOS		0.700	5.970	mUI/L
DE 6 A 10 AÑOS		0.600	4.840	mUI/L
DE 11 A 18 AÑOS		0.500	4.300	mUI/L
ADULTOS MENORES DE 70 AÑOS		0.350	4.940	mUI/L
ADULTOS DE 70 A 95 AÑOS		0.350	7.000	mUI/L
ADULTOS MAYORES DE 95 AÑOS		1.000	7.000	mUI/L
GESTANTES:				
1er TRIMESTRE		0.080	2.820	mUI/L
2do TRIMESTRE		0.190	2.790	mUI/L
3er TRIMESTRE		0.300	2.900	mUI/L

TÉCNICA: CMIA Inmunoanálisis Quimioluminiscente de Micropartículas.
Nota: Valores de referencia para embarazadas según estudio (n:1812) European Journal of Endocrinology

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: **BALLEN RAMOS JAIRO ENRIQUE**	Identificación: **19133940**	Nro. Servicio: **18371553**	No. Paciente: **42029**
Sexo/Edad: **MASCULINO / 71 Años**	Teléfono: **3103160137**	Tipo servicio:	
Médico: **ANA CAVANZO FORERO**	Fecha servicio: **07/10/2022**	Fecha impresión: **15/10/2022 08:33 AM**	
Empresa: **COLSUBSIDIO**		Habitación:	

157: 509 - 514.2007.
Nota: Valores de referencia para mayores de 70 años según JAMA. 2019;322(2):153-160. doi:10.1001/jama.2019.9052

OBSERVACIONES: El resultado informado contiene tres cifras decimales de acuerdo a la sensibilidad analítica de la prueba. Se usa punto como separador decimal.

BACTERIOLOGA
DEISY ZAMBRANO PEDRAZA
REG. 39626688

ANTIGENO ESPECIFICO DE PROSTATA

Validado: 07/10/2022 03:18 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
Antígeno Prostático	**1.58**		ng/mL
Menores de 40 años:		Menor de 1.4	ng/mL
De 40 años a 50 años:		Menor de 2.0	ng/mL
De 51 a 60 años:		Menor de 3.1	ng/mL
De 61 a 70 años:		Menor de 4.1	ng/mL
Mayores de 70 años		Menor de 4.4	ng/mL

TÉCNICA: CMIA Inmunoanálisis Quimioluminiscente de Microparticulas
Valores de referencia acordes con los recomendados por la Asociación Americana de Urología (AUA)
Se considera recurrencia bioquímica de la enfermedad, cuando los niveles sericos del PSA superen los 0.4 ng/mL en ptes prostatectomizados

BACTERIOLOGA
DEISY ZAMBRANO PEDRAZA
REG. 39626688

CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)

Validado: 07/10/2022 02:23 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
Recuento de leucocitos (miles)	**5790**	4500	11000	mm ³
Neutrófilos (porcentaje)	**56.4**	40	70	%
Neutrófilos (Nro. Absoluto)	**3270**	1800	7700	mm ³
Linfocitos (porcentaje)	**33.0**	20	45	%
Linfocitos (No. Absoluto)	**1910**	900	5000	mm ³
Monocitos (porcentaje)	**7.7**	2	9	%
Monocitos (No. Absoluto)	**448**	100	1000	mm ³
Eosinófilos (porcentaje)	**2.5**	0	6	%
Eosinófilos (No. Absoluto)	**143**	0	700	mm ³
Basófilos (porcentaje)	**0.4**	0	1	%
Basófilos (No. Absoluto)	**23**	0	200	mm ³
Recuento de eritrocitos (millones)	**5.55**	M: 3.9 - 5.4	H: 4.0 - 6.0	mm ³
Hemoglobina	**17.2**	M: 12 - 16	H: 13.5 - 17	g/dL
Hematocrito	**51.7**	M: 38 - 47	H: 40 - 54	%

LA PRIMERA
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES

INFORME DE EVALUACION PSICOMOTORA

Nombre: JAIRO ENRIQUE BALLEN RAMOS
Identificacion: CC 19133940 Edad: 71 Sexo: Masculino
Profesión u oficio: Conductores de automóviles, taxis y camionetas
Evaluado como: Conductores de vehiculos

Atencion Concentrada y Resistencia Vigilante a la Monotonia

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Límite 1	Límite 2	Clasificación Parámetro	Diagnóstico Psicométrico
Número de Aciertos (AC)	30	30	21	Tipo 1	Presenta
Número de Errores (ER)	2	1	5	Tipo 2	
Número de Anticipos (AN)	1	1	5	Tipo 1	
Número de No Contestados (NC)	0	1	6	Tipo 1	
Número Total de Errores (TE)	3	4	15	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción en Aciertos (TM)	734 ms	895 ms	1157 ms	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción (TMR)	709 ms	895 ms	1150 ms	Tipo 1	

Reacciones Multiples en Estado de Alerta

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Límite 1	Límite 2	Clasificación Parámetro	Diagnóstico Psicométrico
Previstos de Aciertos (AC)	23	20	13	Tipo 1	No presenta
Número de Aciertos Sin Respuesta (ASR)	12	11	7	Tipo 1	
Número Total de Aciertos (TA)	35	31	23	Tipo 1	
Número de Errores (ER)	1	2	8	Tipo 1	
Número de Anticipos (AN)	0	2	5	Tipo 1	
Número de No Contestados (NC)	0	3	8	Tipo 1	
Número Total de Errores (TE)	1	7	16	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción en Aciertos (TM)	982 ms	1118 ms	1347 ms	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción (TMR)	972 ms	1127 ms	1360 ms	Tipo 1	
Tiempo Medio de Reacción al Estímulo (TMR)	1156 ms	1304 ms	1612 ms	Tipo 1	

Reacción al Estímulo (simple)

Parámetro de evaluación	Resultado obtenido	Límite 1	Límite 2	Clasificación Parámetro	Diagnóstico Psicométrico
Tiempo Medio de Reacción al Estímulo (TMR)	363 ms	762 ms	940 ms	Tipo 1	No presenta

LA PRIMERA
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES

Coordinacion Visomotriz Bimanual

Parametro de evaluacion	Resultado obtenido	Limite 1	Limite 2	Clasificacion Parametro	Disrupcion Psicomotriz
Numero total de Errores con las dos manos	39	38	46	Tipo 2	Presenta
Tiempo total de Ruta con las dos manos (*)	21281 ms	31667 ms	49078 ms	Tipo 1	

Percepcion de la Velocidad y Estimacion del Movimiento

Parametro de evaluacion	Resultado obtenido	Limite 1	Limite 2	Clasificacion Parametro	Disrupcion Psicomotriz
Tiempo Medio de Respuesta (TMD)	662 ms	673 ms	1046 ms	Tipo 1	No presenta
Tiempo Medio de Reaccion (TMR)	662 ms	594 ms	911 ms	Tipo 2	
Tiempo Medio de Retraso (TMRP)	0 ms	556 ms	1008 ms	Tipo 1	
Numero de No Contestados (NC)	0	0	1	Tipo 1	

Disrupción Psicomotriz General: **Incipiente**

Concepto:

Fecha del Examen:16/01/2023
De acuerdo con los resultados obtenidos se evidencia que la evaluación de estimulos diferenciales,reacción al frenado y percepción a la velocidad ; se encuentran conservados,Sin embargo la evaluación de atención concentrada evidencia una dificultad para memorizar los 4 estimulos presentados;igualmente la evaluación de coordinación bimanual, presenta una leve disminución para coordinar y disociar los movimientos de cada mano.Se concluye que la evaluación realizada evidencia una INCIPIENTE disminución de la habilidad psicomotriz.Apto para desempeñar el cargo.



Ps. Oxana Patricia Sánchez Novas

Interpretación de las Clasificaciones:

Tipo 1 - Resultado se encuentra dentro de los criterios de normalidad

Tipo 2 - Resultado se encuentra dentro de la zona de transición

Tipo 3 - Resultado se encuentra por fuera de los criterios de normalidad.

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: **BALLEN RAMOS JAIRO ENRIQUE**	Identificación: **19133940**	Nro. Servicio: **18371553**	No. Paciente: **42029**
Sexo/Edad: **MASCULINO / 71 Años**	Teléfono: **3103160137**	Tipo servicio:	
Médico: **ANA CAVANZO FORERO**	Fecha servicio: **07/10/2022**	Fecha impresión: **15/10/2022 08:33 AM**	
Empresa: **COLSUBSIDIO**		Habitación:	

Volumen Corpuscular Medio	**93.2**	82.0	98.0	fL
Hemoglobina Media Corpuscular	**31.0**	27	31	pg
Concentración Hemog. Corpuscular Media	**33.2**	33	37	g/dL
Ancho de Distribución Eritrocitaria	**13.3**	11.5	15.1	%
Recuento de Plaquetas (miles)	**173000**	150000	450000	mm ³

BACTERIOLOGA
ADRIANA XIMENA ESPINOSA GONZALEZ
REG. 52105992

ANTICUERPOS ANTINUCLEARES

Validado: 10/10/2022 12:56 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
Resultado	**POSITIVO**	Negativo	
Patrón:	**CITOPLASMATICO RETICULAR FINO AC-XX**		
Hasta dilución	**1:80**		

Técnica: Inmunofluorescencia indirecta (IFI)
Substrato antigénico: CELULAS HEP - 2
Dilución inicial 1:80
Resultados positivos en diluciones 1:80
deben interpretarse según CRITERIO MÉDICO.
Estos valores pueden verse en pacientes SANOS y NO SIEMPRE indican enfermedad autoinmune.
NOTA: a partir del 09 de octubre
de 2019, se actualiza el reporte de la prueba según la Nomenclatura y árbol clasificatorio del ICAP
Ref: Relevancia clínica de los patrones de inmunofluorescencia indirecta HEp-2:
la perspectiva del Consenso internacional sobre patrones ANA (ICAP) 2019
Ref: www.anapatterns.org

BACTERIOLOGA
NEYDA VIVIANA LEON REY
REG. 52817630

TRIGLICERIDOS

Validado: 07/10/2022 03:02 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
TRIGLICÉRIDOS	**133**			mg/dL
NORMAL:		< 150		mg/dL
LÍMITE ALTO:		150	199	mg/dL
ALTO:		200	499	mg/dL
MUY ALTO:		> 500		mg/dL

MÉTODO: ENZIMÁTICO COLORIMÉTRICO

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: **BALLEN RAMOS JAIRO ENRIQUE**	Identificación: **19133940**	Nro. Servicio: **18371553**	No. Paciente: **42029**
Sexo/Edad: **MASCULINO / 71 Años**	Teléfono: **3103160137**	Tipo servicio:	
Médico: **ANA CAVANZO FORERO**	Fecha servicio: **07/10/2022**	Fecha impresión: **15/10/2022 08:33 AM**	
Empresa: **COLSUBSIDIO**		Habitación:	

BACTERIOLOGA
ANDREA BERNAL MARTINEZ
REG. 52824314

COLESTEROL HDL

Validado: 07/10/2022 03:02 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
COLESTEROL HDL	**40**			mg/dL
INTERVALOS BIOLÓGICOS DE REFERENCIA:				
ALTO RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA:		H: < 40	M: < 45	mg/dL
MODERADO RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA:		H: 40 - 55	M: 45 - 65	mg/dL
BAJO RIESGO DE ENFERMEDAD CORONARIA:		H: > 55	M: > 65	mg/dL
MÉTODO: Detergente Acelerador Específico				

BACTERIOLOGA
ANDREA BERNAL MARTINEZ
REG. 52824314

COLESTEROL TOTAL

Validado: 07/10/2022 03:02 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
COLESTEROL TOTAL	**212**			mg/dL
VALORES DE REFERENCIA NIÑOS:				
Deseable		< 170		mg/dL
Riesgo Moderado		170	199	mg/dL
Riesgo Alto		>=200		mg/dL
VALORES DE REFERENCIA ADULTO:				
Deseable		< 200		mg/dL
Riesgo Moderado		200	239	mg/dL
Riesgo Alto		>=240		mg/dL
MÉTODO: ENZIMÁTICO				

OBSERVACIONES:

BACTERIOLOGA
ANDREA BERNAL MARTINEZ
REG. 52824314

FACTOR R.A. PRUEBA CUANTITATIVA (ALTA PR

Validado: 07/10/2022 04:36 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia	Unidad
	<		

Calle 27 Nro. 45-109 Tel: 57 (4) 369 51 00
www.segurossura.com.co/ayudasdiagnosticas

Paciente: **BALLEN RAMOS JAIRO ENRIQUE**	Identificación: **19133940**	Nro. Servicio: **18371553**	No. Paciente: **42029**
Sexo/Edad: **MASCULINO / 71 Años**	Teléfono: **3103160137**	Tipo servicio:	
Médico: **ANA CAVANZO FORERO**	Fecha servicio: **07/10/2022**	Fecha impresión: **15/10/2022 08:33 AM**	
Empresa: **COLSUBSIDIO**		Habitación:	

Análisis	Resultado			Unidad
Factor reumatoideo	**20.0**	0	30	UI/mL

MÉTODO: TURBIDIMETRÍA

BACTERIOLOGA
ANDREA BERNAL MARTINEZ
REG. 52824314

GLUCOSA (suero, LCR, otros flu¡dos)

Validado: 07/10/2022 04:36 PM

Análisis	Resultado	Valores de Referencia		Unidad
GLUCOSA	**99.0**	74	100	mg/dL
VALORES DE REFERENCIA:				
Prematuros		20	60	mg/dL
Neonatos		30	60	mg/dL
Recién nacidos hasta 1 día		40	60	mg/dL
Recién nacidos mayores de 1 día		50	80	mg/dL
Niños		60	100	mg/dL
18 - 60 años		74	100	mg/dL
60 - 90 años		82	115	mg/dL
> 90 AÑOS		75	121	mg/dL
Valores de referencia según ADA y OMS				
Glucosa anormal en ayunas (ADA)		100	125	mg/dL
Criterio para diagnóstico de Diabetes *		Mayor o igual a 126		mg/dL
Glucosa ocasional valor para diagnos. de diabetes		Mayor de 200		mg/dL
Criterio para hipoglicemia (cuadro clínico mas...)		35	50	mg/dL

* Criterio según ADA y OMS para diagnóstico de
Diabetes incluye niveles de HbA1C > o igual a 6.5%
Riesgo Incrementado de Diabetes (Prediabetes):
Glicemia en ayunas: 100 mg/dL - 125 mg/dL y/ó
Prueba de tolerancia oral a la glucosa
(2h carga de 75g): 140 mg/dL - 199 mg/dL
Hemoglobina glicada: 5.7 - 6.4%
Diabetes Care, Vol 34, Enero 2011

MÉTODO: ENZIMÁTICO

OBSERVACIONES:

BACTERIOLOGA
ANDREA BERNAL MARTINEZ
REG. 52824314