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 | Febrero de 2026 |
| Versión | ENERO - 1,26 |
| ID de Proceso | 75605-219527 |

## DATOS DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres y apellidos: | LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ | Banco a consignar: | DAVIVIENDA |
| Cédula de Ciudadanía | 38.289.202 | Tipo de cuenta: | AHORROS |
| Correo electrónico: | lmballen@sena.edu.co | Número de Cuenta: | 488405406445 |
| IP/Nº de contacto: | 0 | Presta Servicios Excluidos de IVA: | NO |
| Inducción SST: | SI | Pertenece al régimen simple de tributación: | NO |
| Régimen del IVA: | NO RESPONSABLE | Es declarante de renta por el año gravable 2025 | NO |

| | |
|---|---|
| ¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión? | NO |
| Sus ingresos en el 2025 fueron iguales o superiores a $69.718.600 | NO |
| Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2026 es igual o superior a $209.496.000 (debe registrarse como responsable del IVA) | NO |
| ¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente? | NO |
| Concepto del pago corresponde a: | Ninguno |
| TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T. | 0,00% |

## DATOS DEL CONTRATO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nº del contrato: | 8967557/2026 | Nº Compromiso SIIF | 3526 | 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 | 02/02/2026 | Al | 28/02/2026 | Saldo Anterior del Contrato: | $ 49.743.718 |
| Número de pago | 1 | | | Valor Total del Contrato: | $ 49.743.718 |
| Valor Bruto Pago: | | $ 4.737.497,00 | | Nuevo Saldo del Contrato: | $ 45.006.221 |

## 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 | $ 2.785.747 | TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO | $ 0 |

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

| | | Febrero | Enero |
|---|---|---|---|
| Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS | | ---------- | 42044942 |
| Ingreso Base de Cotización - IBC | | $ 1.894.999 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social salud | | $ 236.900 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a seguridad social Pensión | | $ 303.200 | $ 0 |
| Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional | | $ - | $ 0 |
| ARL | I | $ 9.900 | $ 0 |
| | | $ | |
| | | $ | |
| | | $ | |
| 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 | | $ 473.750 | |
| Salud hasta | $ 837.984 | $ - | |
| Renta Exenta 25% | $ 37.927.505 | $ 928.000 | |
| 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 | 2.785.747,00 | TARIFA |
| Base retención en la fuente a titulo de ICA | 4.197.397,00 | |
| Valor base IVA | 0,00 | |
| IVA (Si es RESPONSABLE) | 0,00 | 19% |
| Menos Retención en la Fuente | 0,00 | 0,00% |
| Menos Retencion IVA | 0,00 | 15% |
| Reteica - 8299 - BOGOTÁ | 40.547,00 | 0,966% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| - | 0,00 | 0% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| Otras Retenciones | 0,00 | 0,000% |
| | 0,00 | |
| Descuentos de embargo (Si tiene) | 0,00 | |
| VALOR A PAGAR | $4.696.950,00 | |

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

## ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Apoyar el desarrollo de la formación profesional integral con calidad, oportunidad y eficiencia en los programas de nivel tecnológico

Gestionar oportunamente en el sistema Sofía Plus, todas las actividades relacionadas con el proceso de Formación Profesional Integral

Verificar el correcto registro de datos de los aprendices en el aplicativo SOFIA PLUS e informar las novedades por escrito a la Coordi

Asistir y participar en las reuniones programadas por las coordinaciones, comités de evaluación y seguimiento de los aprendices

Apoyar la participación en la programación y ejecución del proceso de inducción de los aprendices y el reconocimiento de aprendizajes

Gestionar oportunamente los informes mensuales (planillas, reportes, formatos) requeridos sobre las acciones encomendadas

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



LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ
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,

LUIS ALEJANDRO CARREÑO HERNANDEZ
INSTRUCTOR

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)

17/02/26 20:55:30 USUARIO: SIC - C.C. 38289202

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 | 38289202 | LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ | Calle 101 B # 1d-35 este | 3118371790 | maggieballen@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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | 27/01/2026 | 42044942 | $508.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 218.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 218.900 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 280.200 | 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 | 9.200 | | | | 9.200 | 0 | 0 | 9.200 | | | 92 | 9.200 | 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 | 218.900 | 218.900 |
| Pensión | 1 | 280.200 | 280.200 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.200 | 9.200 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 508.300 | 508.300 |

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 | 38289202 | LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ | | Calle 101 B # 1d-35 este | 3118371790 | maggieballen@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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-01 | 2026-01 | I | 27/01/2026 | 42044942 | $508.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 38289202 | BALLEN SANCHEZ LUZ MAGALY | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.750.905 | 280.200 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.750.905 | 218.900 | 14-23 | 1.750.905 | 1 | 9.200 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **38.289.202**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Febrero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

## CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

**CERTIFICA**

Que Luz Magaly Ballen Sanchez, identificado(a) con CC número 38289202, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 38289202 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Luz Magaly Ballen Sanchez |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 18/12/1980 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 10/06/2004 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 428 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | 701 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 47 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 14/12/2011 |
| NIVEL SISBEN | No aplica |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 38289202 LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ Desde 01/04/2024 - Vigente

Generado por interfaces 17/02/2026

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

# LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

## CERTIFICA QUE:

LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ identificado con CC. 38289202 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE | |
|---|---|
| **Nombres y/o Razón** | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA |
| **Tipo y Numero de Documento** | NI - 899999034 |

| INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de inicio de cobertura** | 2026/02/02 | **Fecha inicio contrato** | 2026/02/02 |
| **Tipo de vinculación** | Independiente con Contrato | **Fecha de fin contrato** | 2026/12/15 |
| **Riesgo** | 1 | **Código actividad económica** | 1855101 - FORMACION ACADEMICA NO FORMAL, INCLUYE LA EDUCACION QUE SE OFRECE CON EL OBJETO DE |
| **Estado afiliación** | Activo | | |
| **Fecha retiro** | | **Estado del contrato** | Activo |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

APO_13_2_2_FR01 V_08

MIS_4_1_3_FR15 v_010

Esta certificación se expide a los 13 días del mes de febrero del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC13022026L38289202B8816539.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
**POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS**

**SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA**

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

## Hace constar:

Que el Sr(a) LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 38289202 realizó el día 13/02/2026 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 LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 38289202 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) LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 38289202 el día 13/02/2026 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

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

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BOGOTA D.C.,** **17/02/2026**
**DISTRITO**
**CAPITAL,**
COLOMBIA,
**A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **38289202**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **488405406445** |
| Fecha de apertura | **16/05/2019** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**PROCESO GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS**

**FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

**Generalidades:**

1. El objetivo del presente formato es de bridar Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.
2. En el Instructivo Documentos para Registro de Obligaciones y Trámites de Pagos GRF-I-002, indica los requisitos indispensables para el registro de obligaciones para pago de honorarios de prestación de servicios personales.
3. El trámite que surte después de diligenciado es el de garantizar que la deducción para aplicación del beneficio tributario en la cuenta de cobro de los honorarios de los contratistas.
4. La periodicidad con que se debe diligenciar es con el primer pago de la cuenta de cobro de los contratistas.
5. El documento no requiere de impresión y se conserva en el archivo electrónico del aplicativo SECOP II.

**FORMATO CERTIFICACION DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS**

Bogotá, 19 de FEBRERO de 2026

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APREDIZAJE (SENA)
Ciudad

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

| | | | |
|---|---|---|---|
| **C.C.** | **28.782.809** | **Luz Marina Sanchez** | **MADRE** |

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Padre o hermano que se encuentra en situación de dependencia, por ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis

ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
Cordialmente,



_____

FIRMA
Nombre: __Luz Magaly Ballen Sanchez_
C.C. _38.289.202_____

**CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO**
**NIT. 53.070.064-3**
**CONTADOR PUBLICO TITULADO – UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COLOMBIA**
**ESPECIALISTA GERENCIA FINANCIERA – UNIVERSIDAD AUTONOMA DE COLOMBIA**
**ESPECIALISTA EN GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO**

# CERTIFICADO DE PADRES DEPENDIENTES

## El suscrito Contador Publico

## CERTIFICA

Que para efectos de la norma establecida en el numeral 5 del párrafo 1 del artículo 387 del Estatuto Tributario, la **señora LUZ MARINA SANCHEZ** identificada con la cedula de ciudadanía 28.782.809 de Honda (Tolima), residente de la ciudad de Bogotá, es actualmente Madre de la señora **LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ** identificada con la cedula de ciudadanía 38.289.202 de Honda (Tolima).

Que en la actualidad la señora **LUZ MARINA SANCHEZ** no obtiene ingresos propios, por lo cual cumple con los criterios para que pueda figurar con dependiente de la señora **LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ.**

La presente certificación se expide para que sea presentada por la señora **LUZ MAGALY BALLEN SANCHEZ** ante el **SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA.**

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de Bogotá, a los 17 días del mes de Febrero del 2022.



**CLAUDIA MARCELA NEUSA ROMERO**
**CC. 53.070.064 Bogotá**
**CONTADOR PUBLICO TITULADO**
**TP 192273-T**

| MESES | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ENERO | 01 | FEBRERO | 02 | MARZO | 03 | ABRIL | 04 |
| | MAYO | 05 | JUNIO | 06 | JULIO | 07 | AGOSTO | 08 |
| | SEPT. | 09 | OCTUBRE | 10 | NOV. | 11 | DIC. | 12 |

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

Superintendencia de Notariado y Registro

# REGISTRO DE NACIMIENTO

5661030

IDENTIFICACION No.

(1) Parte básica: 80 12 18 — (2) Parte compl.: 07811

OFICINA REGISTRO CIVIL

(3) Clase (Notaría, Alcaldía, Corregiduría, etc.): NOTARIA UNICA.-

(4) Municipio y Departamento, Intendencia o Comisaría: Honda.-

(5) Código: 6140

## SECCION GENERICA

(6) Primer apellido: BALLEN.-

(7) Segundo apellido: SANCHEZ.-

(8) Nombres: LUZ MAGALY.-

(9) Masculino o Femenino: femenino.-

(10) Masculino ☐ Femenino ☒

FECHA DE NACIMIENTO — (11) Día: 18 — (12) Mes: Diciembre — (13) Año: 1.980

LUGAR DE NACIMIENTO — (14) País: Colombia.- — (15) Departamento, Int., o Com.: Tolima.- — (16) Municipio: Honda.-

## SECCION ESPECIFICA

DATOS DEL NACIMIENTO

(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc.: HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE HONDA.-

(18) Hora: 9 A.M

(19) Documento presentado. Antecedente (Certificado, Acta, Partida, etc.): Certificado Médico.-

(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento

(21) No. licencia

MADRE

(22) Apellidos: SANCHEZ.-

(23) Nombres: LUZ MARINA.-

(24) Edad (años): 25

(25) Identificación (clase y número): c.c. # 28.782.809 de Honda.-

(26) Nacionalidad: Colombiana

(27) Profesión u oficio: Hogar.-

PADRE

(28) Apellidos: BALLEN BERNAL.-

(29) Nombres: MIGUEL ANTONIO.-

(30) Edad (años): 35

(31) Identificación (clase y número): c.c. # 19.090.955 de Bogotá.-

(32) Nacionalidad: Colombiano

(33) Profesión u oficio: Empleado

DECLARANTE

(34) Identificación (clase y número): c.c. # 19.090.955 de Bogotá.-

(35) Firma (autógrafa): MIGUEL ANTONIO BALLEN BERNAL

(36) Dirección postal: Calle 6a. # 22-82 Honda.-

(37) Nombre:

TESTIGO

(38) Identificación (clase y número):

(39) Firma (autógrafa):

(40) Domicilio (Municipio):

(41) Nombre:

TESTIGO

(42) Identificación (clase y número):

(43) Firma (autógrafa):

(44) Domicilio (Municipio):

(45) Nombre:

FECHA DE INSCRIPCION — (FECHA EN QUE SE SIENTA ESTE REGISTRO)

(46) Día: 2 — (47) Mes: Enero.- — (48) Año: 1.981

(49) Firma funcionario

(50) Nombre y cargo del funcionario ante quien se hace el registro

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
HONDA - TOLIMA

Es fiel copia tomada de su original que reposa en los archivos de esta oficina Dcto. 1260/97

09 ENE 2009

VALIDO PARA MATRIMONIO SIN NOTA MARGINAL.

MANUEL JOSÉ BAQUERO JARAMILLO
REGISTRADOR MUNICIPAL DEL ESTADO CIVIL
Sin Sello Dcto. 2150/95

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **28.782.809**

**SANCHEZ**

APELLIDOS

**LUZ MARINA**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUN-1955**

**HONDA**
**(TOLIMA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.57** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**17-ENE-1976 HONDA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
**CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES**

A-2906400-00110863-F-0028782809-20081024 **0004**796420A 1 6550000122

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

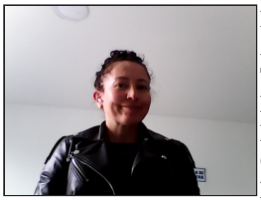
Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

# Certificado de aptitud laboral
## Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



**Fecha:** 09/Dic/2025, **Hora:** 11:15:41 a.m.
**Apellido:** BALLEN SANCHEZ
**Nombre:** LUZ MAGALY
**HC:** # 87285
**Tipo Doc:** CC
**Nro Identidad:** 38289202
**Edad:** 44 años
**Empresa:** PARTICULAR
**Sexo:** Femenino ♀
**Emp. Usuaria:** SENA
**Nacim:** 18/Dic/1980
**Cargo:** INSTRUCTORA
**Rh:** O+
**Direccion:** CALLE 101 B #1 D 35 ESTE
**Telefono:** **Celular:** 3118371790 **Email:** MAGGIEBALLEN@GMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** BOGOTA D.C. - CHAPINERO
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

| Examenes Realizados | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☑ Audiometría tamiz | ☑ Visiometría | ☑ Glicemia | ☑ Valoracion psicologica | ☑ Valoración osteomuscular | ☑ Examen medico ocupacional de pre- ingreso con énfasis osteomuscular |

**Recomendaciones Especificas**

| S.V.E. | Estilo de Vida Saludable |
|---|---|
| * Sve salud visual | * Estilo de vida saludable |

| Medicas | Laborales |
|---|---|
| * Uso de corrección óptica permanente | * Pausas activas<br>* Mantener adecuada higiene postural |

**Concepto**

Apto para el cargo con recomendaciones

**Recomendaciones Personalizadas**

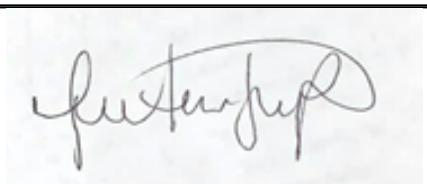
Se indica uso de corrección visual permanente
imc 22.96

**Observaciones**

Se Recomienda Uso De Elementos De Protección Personal De Acuerdo Al Cargo Establecido Por La Empresa Ademas De Seguir Los Protocolos De Bioseguridad
Realizar Controles Médicos Ocupacionales Periódicos

**Consentimiento Informado**

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 Gestión de la 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 le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

| Firma Medico | | Firma Paciente |
|---|---|---|
|  | |  |
| **Maria alejandra jurado ramirez**<br>Medico especialista sst<br>**Lic. de S.O #:** 1623<br>**Registro #:** 11/05/2022 | | Luz magaly ballen sanchez<br>CC 38289202 |

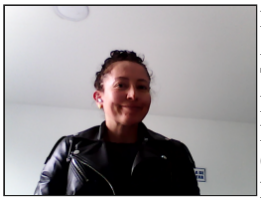
Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioaldclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

# Historia Clinica
## Examen medico ocupacional osteomuscular pre-ingreso



**Fecha:** 09/Dic/2025, **Hora:** 11:15:41 a.m.
**Apellido:** BALLEN SANCHEZ **Nombre:** LUZ MAGALY **HC:** # 87285
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 38289202 **Edad:** 44 años
**Empresa:** PARTICULAR **Sexo:** Femenino ♀
**Emp. Usuaria:** SENA **Nacim:** 18/Dic/1980
**Cargo:** INSTRUCTORA **Rh:** O+
**Direccion:** CALLE 101 B #1 D 35 ESTE
**Telefono:** **Celular:** 3118371790 **Email:** MAGGIEBALLEN@GMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** BOGOTA D.C. - CHAPINERO
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

### Informacion Ocupacional

| | | | |
|---|---|---|---|
| Cargo Actual | | Antiguedad | Años - Meses |
| Insumos utilizados | No Refiere | | |
| En el trabajo permanece? | Caminando, | | |
| Equipos que Maneja | | | |

### Antecedentes Ocupacionales

| Empresa | Cargo | Tiempo (Año/Mes) | Factores de Riesgo | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Fis | Qui | Bio | Erg | Mec | Psi | Ele | Pub | Otr |
| Sena | Instructora | 6 6 | ☑ | ☐ | ☐ | ☑ | ☑ | ☑ | ☑ | ☐ | ☐ |
| No Refiere | No Refiere | 0 0 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| No Refiere | No Refiere | 0 0 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

EPP Utilizada en sus labores

Ha tenido accidentes fuera de su trabajo No

Comentarios El Paciente No Refiere Antecedentes Ocupacionales

Ha tenido accidentes de trabajo No

### Accidentes Laborales

| AT/EL | Fecha | Empresa | EPS | ARL | Mecanismo | Diagnostico | Dias Incap. | Secuelas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| At | 0000-00-00 | No Refiere | | | No Refiere | No Refiere | 0 | No Refiere |
| At | 0000-00-00 | No Refiere | | | No Refiere | No Refiere | 0 | No Refiere |
| At | 0000-00-00 | No Refiere | | | No Refiere | No Refiere | 0 | No Refiere |

Enfermedades Profesionales No

Comentarios El Paciente No Refiere Antecedentes Laborales

### Antecedentes Familiares

| Patologia | | Parentesco | Patologia | | Parentesco |
|---|---|---|---|---|---|
| A.C.V | ☐ | Niega antecedentes | Alcoholismo | ☐ | Niega antecedentes |
| Alergias | ☐ | Niega antecedentes | Asma | ☐ | Niega antecedentes |
| Cancer | ☐ | Niega antecedentes | Cardiopatias | ☐ | Niega antecedentes |
| Ceguera Congenita | ☐ | Niega antecedentes | Diabetes | ☐ | Niega antecedentes |
| Enfermedades Mentales | ☐ | Niega antecedentes | Hipertension | ☐ | Niega antecedentes |
| Osteomusculares | ☐ | Niega antecedentes | Otras Enfermedades | ☐ | Niega antecedentes |
| Sordera Congenita | ☐ | Niega antecedentes | Tuberculosis | ☐ | Niega antecedentes |
| Varices | ☐ | Niega antecedentes | | | |

Comentarios

### Antecedentes Personales

| Antecedente | | Observaciones |
|---|---|---|
| Alérgicos | ☐ | Niega antecedentes |

| | | |
|---|---|---|
| Ginecobstétricos | ☐ | G1p0c0a1v0 |
| Hospitalarios/Quirúrgicos | ☐ | Mamoplastioa de aumento liposuccion rinoplastia sutura ligamento cruzado anterior rodilla derecha |
| Inmunológicos | ☑ | 2 dosis vacuna covid |
| Medicamentosos | ☐ | Niega antecedentes |
| Patológicos | ☐ | Niega antecedentes |
| Psicológicos/Psiquiátricos | ☐ | Niega antecedentes |
| Tóxicos | ☐ | Niega antecedentes |
| Traumáticos | ☐ | Niega antecedentes |
| Venéreas | ☐ | Niega antecedentes |

## Examen Medico

| | |
|---|---|
| Estado General | Bueno |

## Signos Vitales

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Peso | 61 kg | Estatura | 163 cm | IMC (Kg/m2) | 22.9 |
| TA Acostado | mmhg | TA Sentado | 110/80 mmhg | Temperatura | 36.5 C ° |
| Frec. Cardiaca | 83 lpm | Frec. Respiratoria | 19 rpm | Lateralidad | Derecho |
| Per. Abdominal | cm | | | | |

## Examen Fisico

| Organo | Normal? | Observaciones |
|---|---|---|
| Cabeza / Craneo | Si | |
| Neurologico | Si | |
| Cara | Si | |
| Ojos | Si | |
| Oidos | Si | |
| Nariz | Si | |
| Boca / Paladar | Si | |
| Dentadura | Si | |
| Orofaringe | Si | |
| Cuello | Si | |
| Torax | Si | |
| Senos | Si | No explorado |
| Corazon | Si | |
| Pulmon | Si | |
| Columna | Si | |
| Extremidades Superiores | Si | |
| Abdomen | Si | |
| Genitales | Si | No explorado |
| Extremidades Inferiores | Si | |
| Fuerza | Si | |
| Sensibilidad | Si | |
| Piel y Faneras | Si | |
| Endocrino | Si | |
| Psiquiatrico | Si | |
| Osteoarticular | Si | |

## Gineco - Obstetricos

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Menarquía | 12 Años | Dismerronea | | Ciclo | | FUM | 2 Diciembre 2025 FUP |
| Cesárea | No | Planifica | Si | Método | Jadelle | | |
| Última Citologia: | 0000-00-00 | | | | | | |

## Habitos

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fumó** | No | **Alcohol** | No | **Deporte** | No | **Sustancias Psicoactivas** | No |

## Revision por Sistemas

| Patologia por Sistema | | Patologia por Sistema | | Patologia por Sistema | |
|---|---|---|---|---|---|
| Artralgias | No | Cefalea | No | Deformidades | No |
| Disnea | No | Disuria, Hematuria, Nicturia | No | Dolor Precordial | No |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| E.D.A. | No | Endocrino | No | Estreñimiento | No |
| Expectoracion | No | Garganta | No | Hipoacusia | No |
| Lipotimia, Perdida de Conciencia | No | Nariz | No | Neurologicos | No |
| Ojos | No | Osteo-Muscular | No | Otorrea | No |
| Parestesias | No | Pirosis, Epigastralgias | No | Plejias | No |
| Prolapso Genital-Vulvovaginitis | No | Sindrome Convulsivo | No | Tinnitus Acufenos | No |
| Tos | No | Vascular | No | Vertigo | No |

Comentarios:

## Concepto

Apto para el cargo con recomendaciones

## Diagnostico

Miopia, Examen de salud ocupacional

## Recomendaciones

### S.V.E.

* Sve salud visual

### Estilo de Vida Saludable

* Estilo de vida saludable

### Medicas

* Uso de corrección óptica permanente

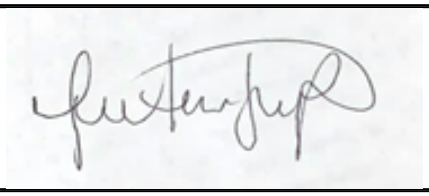
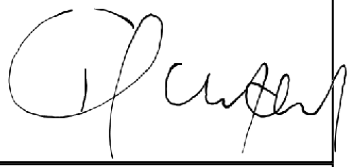
Se Indica Uso De Corrección Visual Permanente
Imc 22.96

### Laborales

* Pausas activas
* Mantener adecuada higiene postural

## Observaciones

Se Recomienda Uso De Elementos De Protección Personal De Acuerdo Al Cargo Establecido Por La Empresa Ademas De Seguir Los Protocolos De Bioseguridad
Realizar Controles Médicos Ocupacionales Periódicos

| Firma Medico | | Firma Paciente |
|---|---|---|
|  | |  |
| **Maria alejandra jurado ramirez**<br>Medico especialista sst<br>**Lic. de S.O #:** 1623<br>**Registro #:** 11/05/2022 | | Luz magaly ballen sanchez<br>CC 38289202 |

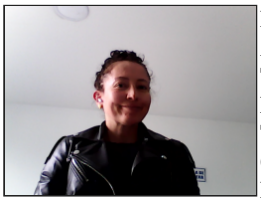
Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

# Audiometria Tamiz



**Fecha:** 09/Dic/2025, **Hora:** 11:15:41 a.m.
**Apellido:** BALLEN SANCHEZ **Nombre:** LUZ MAGALY **HC:** # 87285
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 38289202 **Edad:** 44 años
**Direccion:** CALLE 101 B #1 D 35 ESTE **Sexo:** Femenino ♀
**Telefono:** **Celular:** 3118371790 **Email:** MAGGIEBALLEN@GMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** BOGOTA D.C. - CHAPINERO
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

.

**Antecedentes**

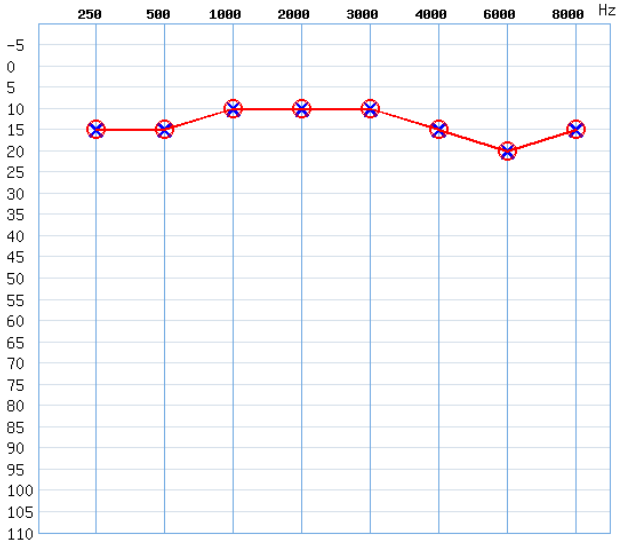
| Personales | Si/No | OI/OD | Personales | Si/No | Tiempo | Uso EPP |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cirugia | No | Ninguno | Practica de tiro | No | | No |
| Otalgia | No | Ninguno | Presto el servicio militar | No | | No |
| Otorrea | No | Ninguno | Musica a alto volumen | No | | No |
| Prurito | No | Ninguno | Audífonos / Diademas | Si | 4 horas | No |
| Acufeno | No | Ninguno | Uso de motocicleta | No | | No |
| Vertigo | No | Ninguno | Actividades Acuaticas | No | | No |
| Consumo medicinas Ototoxicas | No | Ninguno | Frecuencia sitios ruidosos | No | | No |
| Consumo del cigarrillo | No | Ninguno | | | | |
| Trabajo con Exposicion | No | Ninguno | | | | |

**Antecedentes Laborales**

| Empresa | Puesto de Trabajo | Duracion en la Empresa | Exposicion a Ruido | Jornada Laboral | Medidas de Control |
|---|---|---|---|---|---|
| Particular | Instructora | Ingreso | No Refiere | 8 Horas | Ninguna |

## OTOSCOPIA

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Oido Derecho** | Normal | **Oido Izquierdo** | Normal |
| **Observ** | Normal | **Observ** | Normal |
| **Gatiso OD** | 25 Db Audición Normal | **Gatiso OI** | 25 Db Audición Normal |




**PTA Oido Izquierdo** 11.25 11.25 **PTA Oido Derecho**

| | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Oido Izquierdo:** | 15 | 15 | 10 | 10 | 10 | 15 | 20 | 15 |
| **Oido Derecho:** | 15 | 15 | 10 | 10 | 10 | 15 | 20 | 15 |

**Diagnostico Audiologico:**

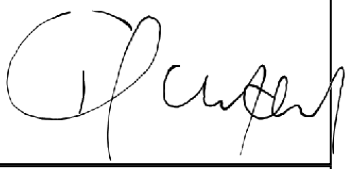
PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com
Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42
Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

Sensibilidad Auditiva Periferica Normal Bilateral

**Recomendaciones:**

Control Anual, Tomar Descansos, En Uso Frecuente De Telefonos Intercalar Uso De Auricular Del Telefono O Celular, Reposo Auditivo Luego De La Jornada Laboral.

Control Periodico Segun Profesiograma De La Empresa, Se Atiende Con Protocolos E Implementos De Bioseguridad, Se Brinda La Informacion Pertinente Para Su Atencion.

| Firma Medico | | Firma Paciente |
|---|---|---|
|   | |  |
| **Angela julieth hurtado muñoz**<br>Fonoaudiologa<br>**Lic. de S.O #:** 25-1210<br>**Registro #:** 21/07/2017 | | Luz magaly ballen sanchez<br>CC 38289202 |

PCR LABORATORIO CLINICO

DRA PILAR CAÑON ROJAS

NIT 52359661-1

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Paciente:** | **Luz Magaly Ballen Sanchez** | **Codigo:** | 87285 |
| **Edad:** | **44 años** | **Fecha:** | **9/12/2025** |
| **Identificación:** | **38289202** | **Sexo:** | **Femenino** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Glicemia Pre** | **73** | **mg/dl** | **70 a 110** |

ANDREA DEL PILAR CANON

BACTERIOLOGA U.C.M.C

REG 52359661

CALLE 65 SUR  Nº 80A-25PISO 2 TELS: 7781619 / 3059281866 Bosa Centro

| IPS Exisalud Servicios Integrales en Salud | **VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA** | |
|---|---|---|
| **FECHA DEL EXAMEN** | **09 de diciembre 2025** | |
| **TIPO DE EXAMEN** | **PERSONALIDAD E INTELIGENCIA** | |
| **DATOS DEL PACIENTE** | | |
| **NOMBRE COMPLETO** | **Luz Magaly Ballen Sanchez** | |
| **IDENTIFICACIÓN** | **38289202** | |
| **EDAD** | **44 años** | **SEXO: FEMENINO** |
| **EMPRESA** | **Sena** | |
| **CARGO** | **Instructora** | |

**CONCEPTO**: La evaluada se presentó en óptimas condiciones de conciencia, completamente orientada en tiempo, lugar y persona, mostrando un adecuado nivel de alerta y una correcta conexión con la realidad. Su apariencia fue congruente con el contexto de evaluación, evidenciando adecuados hábitos de autocuidado y coherencia con la situación.

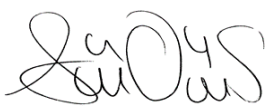
Durante la entrevista mantuvo una actitud colaboradora, abierta y respetuosa, lo que favoreció el desarrollo del proceso. Su conducta fue estable, con un contacto ocular adecuado, expresiones faciales acordes al contenido de su discurso y un tono afectivo apropiado. Se observó una postura corporal relajada, sin signos de agitación ni alteraciones psicomotoras.

El discurso se caracterizó por ser claro, coherente y bien estructurado, sin evidencias de alteraciones en la forma, flujo o contenido del pensamiento. El estado de ánimo se mostró estable y el afecto fue congruente, con adecuada intensidad y modulación frente a los temas tratados.

Las funciones cognitivas exploradas se ubicaron dentro de los rangos esperados para su edad y nivel educativo. No se identificaron distorsiones perceptuales ni signos de psicopatología activa. Tanto el juicio como la capacidad de introspección se encontraron preservados.

En el área laboral, la evaluada manifiesta sentirse comprometida con su rol y muestra interés por mejorar continuamente su desempeño. Señala que, desde su perspectiva, la empresa podría optimizar algunos procesos mediante la contratación de nuevo personal con el fin de dividir las cargas laborales, lo que contribuiría a una mayor eficiencia y agilidad operativa.

No se evidenciaron indicadores de trastornos mentales ni alteraciones de la personalidad durante la valoración. La trabajadora presenta un funcionamiento emocional y cognitivo adecuado, junto con una actitud positiva hacia su labor y su desarrollo dentro de la organización.

| **CONCEPTO** | |
|---|---|
| **APTO PARA EL CARGO** | |
| **NOMBRE PSICÓLOGO: AURA ONOFRE SANTACRUZ**<br><br>**TARJETA PROFESIONAL: 128641**<br>**RESOLUCIÓN SST: 20200 DE 01/11/2024** | **FIRMA**<br> |

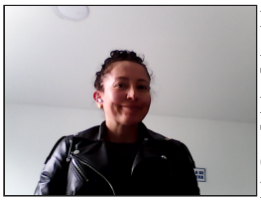
Exisalud IPS
Servicios Integrales en Salud
NIT. 901.385.351-0

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com

Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42

Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

# Visiometria



**Fecha:** 09/Dic/2025, **Hora:** 11:15:41 a.m.
**HC:** # 87285
**Apellido:** BALLEN SANCHEZ **Nombre:** LUZ MAGALY
**Edad:** 44 años
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 38289202
**Sexo:** Femenino ♀
**Direccion:** CALLE 101 B #1 D 35 ESTE
**Telefono:** **Celular:** 3118371790 **Email:** MAGGIEBALLEN@GMAIL.COM **Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** BOGOTA D.C. - CHAPINERO
**Responsable:** - **Parentesco:** - **Telefono:**

Antiguedad en la Empresa Ingreso Antiguedad en el Cargo

| Antecedentes | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Personales** | | **Familiares** | | **Laborales** | |
| Hipertension Arterial | No | Hipertension Arterial | No | | No |
| Diabetes | No | Diabetes | No | | No |
| Hipercolesterolemia | No | Glaucoma | No | | No |
| Glaucoma | No | Cataratas | No | | No |
| Migraña | No | Miopía | No | | No |
| Cataratas | No | Astigmatismo | No | | No |
| Cirugías Oculares | No | Hipermetropía | No | | No |
| Traumas Oculares | No | | | | |
| Cuerpos Extraños | No | | | | |
| Hipermetropía | No | | | | |
| Astigmatismo | Si | | | | |
| Miopía | Si | | | | |

| Correccion | |
|---|---|
| Usa Lentes | Si |
| Solo Cerca | No |
| De Contacto | No |
| Solo Lejos | No |
| Permanentes | Si |
| Bifocales / Progresivos | No |
| Presenta corrección óptica durante el examen | Si |

| Evaluacion | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Agudeza Visual** | **Vision de Lejos SC** | **Vision de Cerca SC** | **VL CC** | **VP CC** | **ADD** |
| O.D. | 20/70 | 0.50 M | 20/25 | N/a | |
| O.I. | 20/100 | 0.50 M | 20/25 | N/a | |
| A.O. | | | | | |

| Examen Externo | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Percepcion del Color** | | | **Convergencia** | |
| Percepcion Anormal | No | | Lejos | No |
| | | | Cerca | No |

| Interpretacion | Lejos | | Cerca | |
|---|---|---|---|---|
| | **Derecho** | **Izquierdo** | **Derecho** | **Izquierdo** |

Agudeza Visual Normal

**Patologia de Refraccion**

PBX: 6019371020
www.exisaludsas.com
servicioalclienteexisalud@gmail.com
Sede Ppal. Av. Boyacá
Cel: 3235767391
Av. Boyacá No. 64 f 42
Sede Chapinero
Cel: 3145772197
Carrera 17 No. 68 - 58

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Adecuadamente Corregida | X | X | X | X |
| Inadecuadamente Corregida | | | | |
| No Corregida | | | | |

| Interpretacion | Normal | Anormal |
|---|---|---|
| Vision de Profundidad | | |
| Percepcion de Colores | X | |
| Forias | X | |
| Vision Periferica | | |

**Concepto**

Cumple actualmente requerimiento ocupacional: Si X No

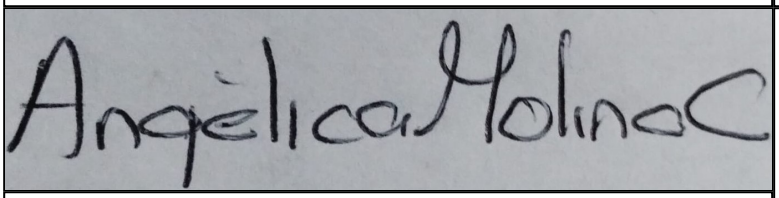
**Recomendaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Debe usar correccion para laborar | Si X No | Valoracion por Optometria | Si No X | Valoracion por Oftalmologia | Si No X | Se recomienda control de Visiometria | en 12 Meses |

**Conducta**

Paciente Visualmente Apto. Requiere Uso Permanente De Corrección óptica. Se Recomienda Cita De Control Por Optometria Para Actualización De Fórmula De Gafas. Control 1 Año.

Dx H521 Ao
*color 10/10

| Firma Medico | | Firma Paciente |
|---|---|---|
|  | |  |
| **Angelica molina cortes**<br>Optometra sst<br>**Lic. de S.O #:** 8174 De 15/03/2021 | | Luz magaly ballen sanchez<br>CC 38289202 |

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141235489050

(415)7707212489984(8020) 000014123548905 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 8 2 8 9 2 0 2 | 0 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 3 8 2 8 9 2 0 2 | |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Tolima 7 3 | Honda 3 4 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BALLEN | SANCHEZ | LUZ | MAGALY |

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 100 1 D 35 ESTE KM 3 VIA LA CALERA

42. Correo electrónico: maggieballen@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 1 8 3 7 1 7 9 0 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7 2 2 0 | 2 0 1 1 0 8 0 2 | 8 5 4 1 | 2 0 1 9 0 7 2 3 | | 8 5 4 2 | | | |

### 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 | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Usuarios aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | 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

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 SANCHEZ LUZ MAGALY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 13-02-2026 12:21:33PM