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 CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

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

Código Regional	**19**
Código Centro	**930710**
Fecha Elaboración	**Febrero de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**96366-940062**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MARIA MERCEDES SALCEDO MOSQUERA	**Banco a consignar:**	BANCOLOMBIA
Cédula de Ciudadanía	34.549.566	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	mmsalcedo@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	86813329290
IP/Nº de contacto:	22402	**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 2024**	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a $65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a $164.336.700 (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:	7404333/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**19825**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	1

OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	PRESTAR LOS SERVICIOS PERSONALES DE CARACTER TEMPORAL COMO INSTRUCTOR CONSTRATISTA IMPARTIENDO FORMACION PROFESIONAL INTEGRAL PRESENCIAL Y/OA DISTANCIA EN EL PROYECTO LA COORDINACION ACADEMICA TITULADA DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS, EN LA RED: HOTELERIA Y TURISMO EN EL DEPARTAMENTO DEL

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**08/02/2025**	**Al**	**15/02/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 48.294.866
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 48.294.866
Valor Bruto Pago:			**$ 4.599.511,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 43.695.355

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 4.599.511	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	**$ 4.599.511**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 2.704.460**	**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	----------	**8634192359**
Ingreso Base de Cotización - IBC	$ 1.839.804	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud	$ 230.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	$ 294.400	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	$ -	$ 0
ARL I	$ 9.700	$ 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	$ 459.951	
Salud hasta $ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25% $ 3.278.434	$ 901.000	
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	2.704.460,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.599.511,00	
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 - 8542 - POPAYAN	9.199,00	0,200%
-	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	**$4.590.312,00**	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA MIL TRESCIENTOS DOCE PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Orientar Formación Profesional presencial en la ficha: 2875733 Tc Cocina Popayán - Cauca- Competencia: Resultados de aprendizaje
Etapa Practica R.A. Fortalecer el desarrollo de habilidades técnicas y sociales en el contexto productivo.

Orientar Formación Profesional presencial en la ficha: 3140873 Tc Cocina Popayán - Cauca- Competencia: INDUCCION.
R.A. Identificar la Dinámica Organizacional del Sena y el Rol de la Formación Profesional Integral de Acuerdo con su Proyecto de Vida

Orientar Formación Profesional presencial en la ficha: 3140873 Tc Cocina Popayán - Cauca- Competencia: Manipulación de Alimentos.
R.A. 1. Detectar los Riesgos de Contaminación que Afectan la Producción de Alimentos Teniendo en cuenta los Tipos de Contaminantes Contaminantes (físicos, químicos y biológicos).

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

Firmado digitalmente por MARIA MERCEDES SALCEDO MOSQUERA
Fecha: 2025.02.25 09:30:02 -05'00'

MARIA MERCEDES SALCEDO MOSQUERA
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,

Firmado digitalmente por ADA LORENA CERON ROSERO
Fecha: 2025.02.26 17:32:44 -05'00'

ADA LORENA CERON ROSERO
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
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	MARIA MERCEDES SALCEDO MOSQUERA
IDENTIFICACIÓN:	CC-34549566
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-02-21
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-02-17
FECHA DE PAGO:	2025-01-23
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-01
PERÍODO SALUD:	2025-01
NÚMERO PLANILLA:	8634192359
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8600401352
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 1.787.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 223.400	$ 223.400
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.787.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 286.000	$ 286.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.787.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 9.400	$ 9.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 518.800	$ 518.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/03/2025

PAGO DE FACTURAS

BANCO DE OCCIDENTE

NUMERO TRANSACCION: 6339663
FECHA: 02/01/2025 HORA: 15:04:52
VENDEDOR: MELICSA FAJARDO LLANTEN
POPAYAN
NIT: 800100375-8

CODIGO SEGURIDAD
%6263#6236%

PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS
REFERENCIA: 8600401352
NURA: 000001139
VALOR DEL PAGO: $518,800
FECHA APLICACION: 02/01/2025
FECHA DEL PAGO: 02/01/2025 HORA: 15:04:5
1
NRO AUTORIZACION: 820074
PUNTO DE RECAUDO: 11112386
NOMBRE SORTEO: BOGOTA
NUMERO DE 4 CIFRAS: 0295
FECHA SORTEO: 02/01/2025

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO

DE OCCIDENTE. LA IMPRESI¦ôN DE ESTE

TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACI¦ôN.

VERIFIQUE LA INFORMACI¦ôN. ESTE ES EL

¦ÚNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.

REQUERIMIENTOS 018000 512825 OPCI¦ôN 3

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA MERCEDES SALCEDO MOSQUERA identificado(a) con CC 34549566 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/08/2008**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**U.T. IPS NUEVA POPAYAN UT - U.T. IPS NUEVA POPAYAN - TR1**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 24 días del mes de enero del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

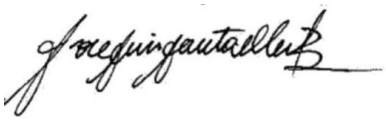
Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARIA MERCEDES SALCEDO MOSQUERA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **34549566,** se encuentra afiliado/a desde **04/04/1989** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de enero de 2025.



JOSE LUIS SANTAELLA BERMUDEZ
Director de Afiliaciones (A)

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141163416390

(415)7707212489984(8020) 000014116341639 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 4 5 4 9 5 6 6	8	Impuestos y Aduanas de Popayán	1 7	

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 4 5 4 9 5 6 6	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SALCEDO	MOSQUERA	MARIA	MERCEDES

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cauca 1 9	Popayán 0 0 1

41. Dirección principal: CL 10 22 83 BRR EL RETIRO

42. Correo electrónico: mariams-123@hotmail.com

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

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
8 5 4 2	2 0 2 5 0 2 0 4	5 6 2 9	2 0 1 3 0 1 0 8		8 5 6 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 4 9 5 0

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

50 - No responsable de Consumo restauran

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 ☐ 60. No. de Folios:

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: M. Mercedes Salcedo M.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

BORRADOR DOCUMENTO SIN COSTO

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA MERCEDES SALCEDO MOSQUERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34549566 realizó el día 20/02/2025 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 MARIA MERCEDES SALCEDO MOSQUERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34549566 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.

Firmado digitalmente por María Mercedes Salcedo Mosquera
Fecha: 2025.02.20 14:38:20 -05'00'

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Hace constar:

Que el Sr(a) MARIA MERCEDES SALCEDO MOSQUERA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 34549566 el día 20/02/2025 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

CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 01-03-2025- 0000017

Certifico que el señor (a) contratista **SALCEDO MOSQUERA MARIA MERCEDES** identificación cedula de ciudadanía No **34549566** cumple con los documentos del siguiente perfil

CIUU	Área del contratista	Labor	Exámenes preempleo	Énfasis	Vacunación obligatoria hepatitis B
3331201	Instructor	Contratista	Optometría Audiometría Glicemia	Psicosocial Musculoesquelético	Si ( ) No (X)

Documentos solicitados en la circular 01-03-2025- 0000017: "Exámenes Preocupacionales para Contratos de Prestación de Servicios Personales emitido por la secretaria general". Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

VICTORIA EUGENIA SALAZAR MEDINA
Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Universidad del Cauca
Registro 12510-10-2018

Se firma en Popayán el 25 de febrero de 2025

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

POPAYAN, 25 de febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
POPAYAN

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.	**34317867**	**LAURA JOHANA SALCEDO**	**Hijo(a)**

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de 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.

M= Mercedes Salcedo M.

Cordialmente
MARIA MERCEDES SALCEDO MOSQUERA
C.C. 34549566

María Fernanda Orozco Vélez
Psicóloga, Universidad de San Buenaventura, Cali
Especialista en Neuropsicología, Universidad de Antioquia, Medellín

INFORME DE EVALUACION DE COEFICIENTE INTELECTUAL

I. DATOS PERSONALES

Nombre	**LAURA JOHANA SALCEDO**
Edad	40 años
Fecha de Nacimiento	7 de Diciembre de 1981
Natural/Procedente	Popayán (Cauca)
Escolaridad	Bachiller
Estado civil	Soltera
Dirección de residencia	Calle 10#22-83 Barrio/ Retiro
Telefono	3107147826 - 3157666741
Remitido por	Dra. Mónica Andrea Ortega (Neuróloga)
Fecha de Evaluación	Septiembre 2022

II. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente remitida por neurología para realizar valoración de coeficiente intelectual. Se requiere valoración para que la paciente pueda tener el beneficio de una pensión.

APRECIACIÓN CLÍNICA DEL ESTADO MENTAL GENERAL:

Paciente de 40 años de edad, viene acompañada de su mamá, la cual refiere que la paciente es dependiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria como: lavarse, vestirse, ir al baño, comer, continencia; necesita que le estén recordando lo que tiene que hacer, empieza a hacer las cosas pero se le olvida inmediatamente lo que estaba haciendo y necesita compañía para desplazarse. Por lo tanto se evidencian algunas alteraciones funcionales e incapacidad en el desarrollo de alguna de las actividades de la vida diaria, instrumental y organizacional. (Por ejemplo: labores del hogar, caminar en sitios desconocidos, etc.). Durante el proceso de evaluación se presenta una paciente alerta, desorientada en persona, lugar, tiempo y espacio. Con un discurso limitado, poca fluidez en su lenguaje (Bradilalia); presentando un lenguaje poco claro (hipofonía) y dificultades en la articulación (disartria del habla), respondiendo limitadamente a los interrogantes de la evaluación. Es evidente que se le dificulta comprender las demandas del medio, por tal motivo su desempeño fue limitado. No reaccionando favorablemente a los planteamientos de ésta. La paciente es dependiente de su mamá para realizar las actividades de la vida diaria.

Powered by CamScanner

CAPACIDAD INTELECTUAL ESCALA WECHSLER DE INTELIGENCIA PARA ADULTOS WAIS-III

RESULTADOS CUANTITATIVOS

COMPRENSION VERBAL	PN	PE
Vocabulario	3	4
Semejanzas	4	5
Información	4	6
Comprensión	4	5
ORGANIZACION PERCEPTUAL	**PN**	**PE**
Completamiento de figuras	9	5
Matrices	2	4
Diseño con cubos	12	6
Ordenamiento de Laminas	2	3
MEMORIA DE TRABAJO	**PB**	**PE**
Aritmética	4	3
Retención de Dígitos	4	2
VELOCIDAD DE PROCESAMIENTO	**PN**	**PE**
Dígitos y Símbolos-Claves	13	4
Búsqueda de Símbolos	10	5

ESCALA	PUNTUACIONES ESCALARES	INDICE DE COMPRENSION VERBAL	RANGO PERCENTIL	COEFICIENTE INTELECTUAL (C.I) TOTAL
Comprensión Verbal (ICV)	15	66	1	<69 (Extremadamente Bajo)
Escala de ejecución (CIE)	47	67	1	
Organización Perceptual (IOP)	15	69	<2	
Memoria de trabajo (IMT)	11	86	<18	
Velocidad de Procesamiento (IVP)	9	62	1	
Escala Total (CIT)	38	67	1	

PUNTUACION TOTALDE LA ESCALA: 47
CI TOTAL: 67
CI VERBAL: 66
CI EJECUCION: 73
CV: 66
MT: 86
OP: 69
VP: 62

- ***RANGO NORMAL PARA LAS PUNTUACIONES ESCALARES:*** *7 – 13*
- ***INTERPRETACIÓN DEL COEFICIENTE INTELECTUAL:***

≥130: Muy Superior 120 - 129: Superior 110 - 119: Promedio alto 90
-109: Normal (Promedio) 80 - 89: Promedio Bajo 70 - 79: Límite
<69: Extremadamente bajo

Powered by CamScanner

DRA. MÓNICA ANDREA ORTEGA SÁNCHEZ
ESPECIALISTA EN NEUROLOGÍA
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

FECHA: 23/06/2022
NOMBRE: LAURA SALCEDO
OCUPACION: HOGAR
EDAD: 40 AÑOS **CONVENIO:** PROTEGEMOS (EMSANAR)
CC: 34317867 **TELEFONO:** 3107147826 WP **CORREO:** MARIAMS-123@HOTMAIL.COM
DIESTRA-ASISTE CON MADRE
MOTIVO DE CONSULTA: "TIENE DIFICULTAD EN EL APRENDIZAJE"
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON DIFICULTAD EN EL APRENDIZAJE DESDE LA NIÑEZ, "REPITIO VARIOS AÑOS" (CADA AÑO LO REALIZO DOS VECES APROXIMADAMENTE). PRODUCTO DE PARO VAGINAL A TERMINO, PARTO EN CASA, NO QUEDO HOSPITALIZADA. NIEGA CRISIS CONVULSIVAS. REFIERE MADRE QUE "ES AGRESIVA" DE LARGA DATA. INDEPENDIENTE PARA ACTIVIDADES BASICAS, DEPENDIENTE PARA ACTIVIDADES INSTRUMENTALES. ADECUADO PATRON DEL SUEÑO. NUNCA HABIA SIDO VALORADA POR NEUROLOGIA.

ANTECEDENTES
PATOLOGICOS: MIOPIA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
ALERGICOS: NIEGA
TOXICOLOGICOS: NIEGA
QUIRURGICOS: NIEGA

EXAMEN NEUROLOGICO
ALERTA, ORIENTADO, LENGUAJE FLUIDO, REPITE, NOMINA, COMPRENDE. HABLA SIN DISARTRIA. PARES SIN ALTERACION. IMPRESIONA INTELIGENCIA POR DEBAJO DEL PROMEDIO. FUERZA 5/5 EN 4 EXTREMIDADES, RMT ++/++++, RESPUESTA PLANTAR FLEXORA BILATERAL, MARCHA SIN ALTERACIONES, TAXIA CONSERVADA, NO SIGNOS DE IRRITACION MENINGEA.

ANALISIS/ PACIENTE CON APARENTE DISCAPACIDAD INTELECTUAL, NO CRISIS CONVULSIVAS, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA. SE INDICA ESTUDIOS CON TAC CEREBRAL SIMPLE, PERFIL METABOLICO E INFECCIOSO. TEST WAIS IV. CONTROL CON RESULTADOS.

PLAN
SS TEST DE INTELIGENCIA WAIS IV-VALORACION POR NEUROPSICOLOGIA
SS TAC CEREBRAL SIMPLE
SS VITAMINA B12, ACIDO FOLICO, TSH, VDRL
RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA.

Dra. Mónica Ortega
Neurólogo
R.M. 0000000000 U. Rosario

Consulta domiciliaria | Teleconsulta
Dra.monicaortegas@gmail.com
3188343175 - 3165375039
Popayán - Cauca

Powered by CamScanner

COMENTARIO CLINICO CAPACIDAD INTELECTUAL

Laura Johana tiene un CI total de 67, lo cual hace referencia un Coeficiente Intelectual Extremadamente bajo. Presenta un desempeño deficiente en las pruebas verbales y en las tareas de ejecución, con puntuaciones por debajo del promedio. En la escala verbal, se evidencia un rendimiento bajo en retención de dígitos y deficiente en comprensión, analogías, vocabulario y aritmética, sub pruebas que indican cierta dificultad al encontrar relaciones entre objetos y eventos y colocarlos juntos en un grupo significativo, en la formación de conceptos verbales, en los conocimientos adquiridos como resultado de la experiencia cultural temprana o habilidad innata, en la memoria a corto plazo de material auditivo, en la atención, en los componentes que se relacionan con el razonamiento numérico o al resolver problemas aritméticos y en la capacidad de juicio social o conocimiento de las reglas y normas que rigen y mantienen la conducta social.

En las sub pruebas de ejecución, presenta un desempaño bajo en digito-símbolo, ordenamiento de historias y razonamiento con matrices, lo que significa cierta dificultad para distinguir detalles esenciales de los no esenciales, para planear y prever las consecuencias de situaciones, un déficit en la coordinación visomotora, en la conceptuación abstracta, en la lógica y el razonamiento a problemas de relaciones espaciales, el análisis y síntesis y la organización perceptual. Por lo tanto, a nivel general, se observa un desempeño deficiente o bajo, en los índices de organización perceptual (69) y velocidad de procesamiento (62).

De acuerdo a lo anterior, la discapacidad intelectual que ostenta la examinada le altera el funcionamiento psicológico, capacidad de entendimiento y abstracción y por ende su desempeño en actividades que requieren adaptación social o laboral. El paciente es dependiente y requiere de supervisión y cuidado de otra persona (cuidador), lo que hace que no se pueda valer por sí mismo.

COMENTARIO CLINICO GENERAL

Durante la valoración se realizan observaciones clínicas del comportamiento de la paciente y de acuerdo al resultado de la evaluación neuropsicológica, la examinada presenta:

- Una inteligencia Extremadamente Baja por debajo del promedio ***<69 =*** (Discapacidad cognitiva), con Disminución en su producción ideativa y compromiso del lenguaje clínicamente evidentes tanto a nivel de expresión como de la comprensión.
- Marcada dificultad en su desempeño cognitivo, sin pensamiento concreto, pobre capacidad para establecer relaciones interpersonales por fuera del entorno familiar y dentro, requiriendo del apoyo de familiares cercanos.
- Presenta cambios de personalidad, los cuales se manifiestan como: puerilidad (comportamiento infantil), desinhibición, agresividad, etc. Las alteraciones en el lenguaje son más evidentes.
- presenta un déficit cognitivo severo generalizado, lo cual altera su funcionamiento en las diferentes esperas tanto psicológico, afectivo-emocional, capacidad de entendimiento y abstracción y por ende su desempeño en actividades que requieren adaptación social. Además, limitan a la paciente en aspectos de tipo económico, legal y laboral, sobre todo si se tiene en cuenta, que existe un compromiso del lenguaje no solo expresivo sino también comprensivo, el cual conlleva a una alteración del pensamiento verbal (concretismo). Además, existe una alteración del sistema ejecutivo o capacidad para planear, tomar decisiones y prever consecuencias de las mismas. Presenta cambio de personalidad con comportamiento agresivo. La cual la hace dependiente en las AVD de un adulto.

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner