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	**43175-670072**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	ARACELY CALDERON PARRA	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	60.259.400	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	acalderonp@sena.edu.co	**Número de Cuenta:**	606241065
IP/Nº de contacto:	3014399261	**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**	SI

¿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	SI
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:	8996985/2026	**Nº Compromiso SIIF**	**6926**	**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	**$ 3.140.497**	**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		----------	**2652257**
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		$ -	
Salud hasta	$ 837.984	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.047.000	
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	3.140.497,00	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**	

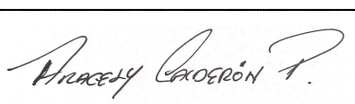
SON: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

1. Impartir formación en la ficha 3377565 TAA CASA LGBTI SEBASTIAN ROMERO.
2. Seguimiento de registro de asistencia para cada una de las fichas de tercer primer academico.
3. Planificación academica y pedagogica de la fichas 3377565 TAA CASA LGBTI SEBASTIAN ROMERO.
4. Presentación del acta de inicio a la ficha 3377565 TAA CASA LGBTI SEBASTIAN ROMERO.
5. Elaboración de acta de plan de mejoramiento.
6. Elaboración registro de asistencia para la ficha 3377565 TAA CASA LGBTI SEBASTIAN ROMERO.
7. Diligenciamieno para ejecución de los entregables correspontes al I trimestre academico.
8. Revisión y planificación de las guias de aprendizaje para las competencias TRAMITAR CORRESPONDENCIA, RECONOCER LOS RECURSOS, ELABORAR DOCUMENTOS I Y II.

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



ARACELY CALDERON PARRA
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 RAFAEL ALBERTO NARANJO NOSSA Fecha: 2026.02.22 11:43:40 -05'00'

NARANJO NOSSA RAFAEL ALBERTO
INSTRUCTOR G17

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO
MIGUEL ANGEL RUIZ BOHORQUEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

20/02/26 21:44:22 USUARIO: SIC - C.C. 60259400

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) ARACELY CALDERON PARRA identificado(a) con Cedula Ciudadania 60259400, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20220706	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 20 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
SENA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
31623659

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ARACELY CALDERON PARRA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **60259400,** se encuentra afiliado/a desde **01/04/2025** 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 20 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

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 14768431312

(415)7707212489984(8020) 000001476843131 2

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Pamplona 5 1 8

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CALDERON	PARRA	ARACELY	

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: CR 93 D 6 37 IN 16 AP 501

42. Correo electrónico: aracalfe@hotmail.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	2 6 9 6 3 4 8	3 0 1 4 3 9 9 2 6 1

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 4 1	2 0 1 4 0 2 0 1	8 5 4 2	2 0 1 4 0 2 0 1	8 5 3 0	8 2 1 1		1

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	5	0																						

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 06 - 29 / 21 : 27: 57

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 CALDERON PARRA ARACELY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

ARACELY CALDERON PARRA identificado con CC. 60259400 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

Esta certificación se expide a los 20 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: **CC20022026A60259400C10275022.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGURUS

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) ARACELY CALDERON PARRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60259400 realizó el día 20/02/2026 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 ARACELY CALDERON PARRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60259400 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) ARACELY CALDERON PARRA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 60259400 el día 20/02/2026 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 de Bogotá

EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la persona CALDERON PARRA,ARACELY identificado(a) con CC 60259400 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS undefined No. 606414415 desde el 30 de agosto de 2025, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banc o, se expide el 06 de febrero de 2026, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,

Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

Powered by CamScanner

RESULTADOS

Software Baxlab v20250415

Página 1 de 1

Impreso	06 ene. 2026 10:40:08 am				
Sede	**PRINCIPAL**			Fecha Nacimiento	06/01/2026
Paciente	**CALDERON PARRA ARACELY**		Sexo F	Edad 0A 0M 1D	**Nro. De Recepción** **5500**
Identif.	CC 60259400	Teléfono		Fecha De Recepción	06 ene. 2026 08:42:52 am
Entidad	SYT SALUD Y TRABAJO		SubEntidad	SIN SUBENTIDAD	
Sala	**CONSULTA EXTERNA**	Cama	Médico	ASIGNADO NO .	

	Resultados	Unidades	Valores Referencia
QUIMICA			
1 . GLUCOSA EN SUERO,			
Glicemia en Ayunas	109,00	mg/dl	70 a 110
Colorimetria			

Validado Por: JORGE LEONARDO CRUZ PEREZ Fecha Validado 06 ene. 2026 10:40 am

Dr Jorge Leonardo Cruz Perez
Bacteriologo y Laboratorista Clinico
Reg profesional - 4943

CONSULTORIO VISUAL SAVIO

NIT: 60262413-0
Dirección: Carrera 8 #11-55 Barrio Romero
Consultorio 102 Torre Médica Clínica Pamplona
Teléfonos: (+57) 318 270 6526
Mail: areavisualsavio@gmail.com



EXAMEN DE VISIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención Nº: 2,059**

Fecha: 06/01/2026 **Municipio:** PAMPLONA (NORTE DE SANTANDER, COLOM **CC:** 60259400 **Nombre:** CALDERON PARRA ARACELY **Edad:** 52 AÑOS 6
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTORA **Empresa:** SENA
Eps: **Tipo Evaluación Medica:** VISIOMETRIA **F. Último Examen:** 1 AÑO
Lugar del Último Examen: BOGOTA **Motivo Consulta:** INGRESO LABORAL

ANTECEDENTES VISUALES

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

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/200	1	N/A	-550-050X180/100	20/20	1
O.I:	NO APLICA	20/200	1	N/A	-550/100	20/20	1
A.O:	NO APLICA	20/200	1	N/A	NO APLICA	20/20	1

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	AMBOS	Promoción y mantenimiento de la salud – intervenciones individuales	PRINCIPAL

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO
USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SE SUGIERE ACTUALIZAR CORRECCION OPTICA ACTUAL

OPTOMETRA

Firma:
Nombre: CC: 60262413 - LILIANA FERNANDA QUINTERO
R. M.: 2628 **L.S.O.:** 4898

Código de Seguridad
N1604T3Z2059

PACIENTE

Firma:
Nombre: CALDERON PARRA ARACELY
CC: 60259400

Dr. Camilo Alberto García Jáuregui

Médico Especialista En Salud Ocupacional

Servicios especializados de salud ocupacional

Carrara 5 No. 8B-40 Centro Médico Integral 2do Piso
Pamplona - Norte de Santander
Cel. 3176473203 - 3208604427
ail. camilogarciaj@sytsaludytrabajo.com - saludocupacionalpamplona@hotmail.com
www.sytsaludytrabajo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 33.632

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	01 MES	2026 AÑO	PAMPLONA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	SENA

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
CALDERON PARRA ARACELY	FEMENINO	52 AÑOS 6 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	60259400 (Número)

Cargo: **INSTRUCTORA**

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

VISIOMETRÍA	✓	PRUEBA PSICOLOGICA	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma:

Nombre: CC: 13354047 - CAMILO ALBERTO GARCIA

R. M.: 1038 **L.S.O.:** 001330

Código de Seguridad

R231X1D33632

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CALDERON PARRA ARACELY

CC: 60259400

INFORME PSICOLOGICO - PRUEBA DE PERSONALIDAD (MINIMULT)

MARTES 6 DE ENERO DE 2026

NOMBRE: ARACELY CALDERON PARRA

DOCUMENTO: CC 60259400

DIRECCION: Cra 93b 637 Ciudad Tintal Bogotá

EDAD: 52 Años

TELEFONO: 3014399261

FECHA DE NACIMIENTO: 16 de Junio de 1973

SEXO: Femenino

OCUPACION: Instructora

RESULTADOS

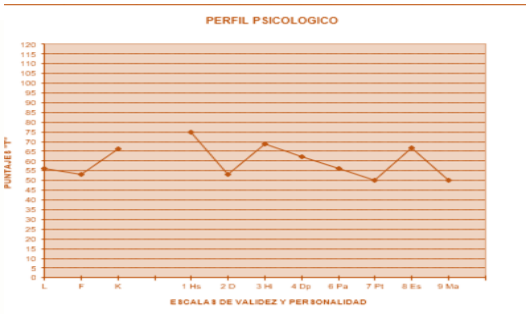
EVALUACION	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Pa	Pt	Es	Ma
Puntaje Directo	4	2	13	0	4	9	4	3	1	0	4
Puntaje Bruto	10	6	23	2	20	24	16	10	4	2	15
Factor K	0	0	0	12	0	0	9	0	23	23	5
Puntaje Corregido	10	6	23	14	20	24	25	10	27	25	20
Puntaje T	70	58	70	52	51	59	64	56	53	54	58

INTERPRETACION ACTITUDINAL

El evaluado no presenta alteraciones significativas en su actitud para responder el inventario, fue colaborador y trató de ser sincero en sus respuestas.

ESCALAS :

- (Hs) Hipocondriasis
- (D) Depresión
- (Hi) Histeria
- (Dp) Desvi-Psico
- (Pa) Paranoia
- (Pt) Psicastenia
- (Es) Esquizofrenia
- (Ma) Hipomanía



Jenyfer Katherine Suarez Pabón
Psicóloga Especialista en Educación Formación Integral de la Infancia
Jekal_1218@hotmail.com
3187546279

INTERPRETACION DE RESULTADOS

INTERPRETACION ACTITUDINAL

El evaluado no presenta alteraciones significativas en su actitud para responder el inventario, fue colaborador y trató de ser sincero en sus respuestas.

Hs) Hipocondriasis:

El sujeto se muestra en esta escala ajustado a la población normal. No presenta sensaciones de problemas somáticos de consideración clínica.

(D) Depresión:

El sujeto no presenta fuertes alteraciones que indiquen problemas clínicos en cuanto a sentimientos de inseguridad, minusvalía, abatimiento y culpa.

(Hi) Histeria:

El evaluado no presenta características clínicas que indiquen la búsqueda exagerada de cariño, aceptación y tolerancia por parte de un grupo, tampoco presenta baja tolerancia a la frustración ni incomodidad ante el rechazo.

(Dp) Desviación Psicopática:

El evaluado no presenta descargas impulsivas en forma abierta y sin control, su carga energética es ¡normal! y tiende a controlar sus impulsos.

(Pa) Paranoia:

El evaluado No presenta alteraciones en cuanto a desconfianza, cautela excesiva, suspicacia y tendencia a interpretar los estímulos de manera inadecuada que caracterizan la paranoia.

(Pt) Psicastenia:

El evaluado no presenta angustia para enfrentar diversas situaciones de la vida, presenta un ajuste ¡normal! en esta escala.

(Es) Esquizofrenia:

El evaluado no presenta ninguna alteración de carácter clínico que permita determinar su incapacidad para diferenciar la fantasía de la realidad, se considera ajustado a la ¡normalidad! en esta escala.

(Hp) Hipomanía

El evaluado se muestra adaptado, tiene una energía adecuada para fijarse metas, ambicionar algo y tratar de alcanzarlo.

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESION

A continuación, mostramos la valoración obtenida en el test para las distintas áreas evaluadas.

Síntomas físicos

No muestra síntomas físicos claros que puedan determinar que sufre de ansiedad. Aunque piensa que estás algo angustiada o estresada en algunas ocasiones, la verdad es que lo lleva con total normalidad y sin que estos estados afecten a su salud.

Síntomas Psíquicos

No muestra síntomas psíquicos que puedan determinar que sufre de ansiedad. Cuando tiene alguna preocupación su mente sabe "separarla" del resto de acontecimientos no relacionados, pues afrontas los problemas por sí mismos, sin por ello involucrar el resto de áreas de su vida y evitando caer en el pesimismo.

Síntomas de conducta

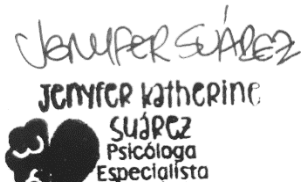
No muestra síntomas conductuales relacionados con la ansiedad. Su manera de comportarse habitual es completamente normal, tiene una actitud hacia sí mism0 y hacia los demás coherente y saludable, no presenta ansiedad ni fobia a las alturas ni a espacios confinados que puedan representar un factor de riesgo psicológico que imposibilite desarrollar actividades

Síntomas de intelectuales

No muestra síntomas intelectuales que puedan determinar que sufre de ansiedad. Posee pensamientos racionales en cuanto a los acontecimientos que la rodean, lo cual evita que caiga de forma gratuita en estados de estrés, infravaloración y por tanto también ansiedad.

OBSERVACION: No se evidencian alteraciones significativas que le impidan desarrollar alguna tarea adecuadamente. La aspirante cumple con los requisitos mínimos evaluados desde la psicología, para aspirar al cargo al que se está presentando.

Manifiesto mi conformidad con la evaluación realizada, por lo cual firmo el presente informe.



Jenyfer Katherine Suárez Pabón

Psicóloga
NOMBRES Y APELIDOS