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	**13 de Mayo de 2026**
Versión	**ENERO - 1,26**
ID de Proceso	**49671-158545**

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:**	606414415
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	**01/05/2026**	**Al**	**31/05/2026**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 35.531.227
Número de pago	**4**			**Valor Total del Contrato:**	$ 49.743.718
Valor Bruto Pago:		**$ 4.737.497,00**		**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 30.793.730

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

		Mayo	Abril			
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**73554437**	Base retención en la fuente a titulo de RENTA	3.140.497,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.894.999	$ 1.894.999	Base retención en la fuente a titulo de ICA	4.197.397,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 236.900	$ 236.900	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 303.200	$ 303.200	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
ARL I		$ 9.900	$ 9.900	Menos Retencion IVA	0,00	15%
		$		Reteica - 8299 - BOGOTÁ	40.547,00	0,966%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
		$		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -		-	0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta		$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	$ 837.984	$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	$ 37.927.505	$ 1.047.000			0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 3.141.000					
				Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente		$		**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 las fichas 3142553 TGA, 3394424 TGE, 3394505 TGE.
2. Seguimiento de registro de asistencia para cada una de las fichas de tercer primer academico.
3. Planificación academica y pedagogica de la fichas 3142553 TGA, 3394424 TGE, 3394505 TGE.
4. Presentación del acta de inicio a la ficha 3142553 TGA, 3394424 TGE, 3394505 TGE.
5. Elaboración de acta de plan de mejoramiento.
6. Elaboración registro de asistencia para la ficha 3142553 TGA, 3394424 TGE, 3394505 TGE.
7. Diligenciamieno para ejecución de los entregables correspontes al II trimestre academico.
8. Revisión y planificación de las guias de aprendizaje para las competencias PROMOVER COMUNICACIÓN, FACILITAR EL SERVICIO AL CLIENTE, DIRIGIR EL TALENTO HUMANO.

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

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: 2026.05.14 15:57:54 -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)

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	60259400	ARACELY CALDERON PARRA	KR 93 6 37 Barrio Ciudad Tintal Etapa IV	2696348	aracalfe@hotmail.es	
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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73554437	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$550.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	236.900	0		0		0	0	0	0	236.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	303.200	0	0	0	0	0	0		303.200	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	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	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	236.900	236.900
Pensión	1	303.200	303.200
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	550.000	550.000

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	60259400	ARACELY CALDERON PARRA	KR 93 6 37 Barrio Ciudad Tintal Etapa IV	2696348	aracalfe@hotmail.es	
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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		73554437	04/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$550.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excenerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 60259400	CALDERON PARRA ARACELY	59	0			N																	25-14	1.895.000	30	303.200	0	0	0	0	EPS008	1.895.000	30	236.900	14-23	1.895.000	30	1	9.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

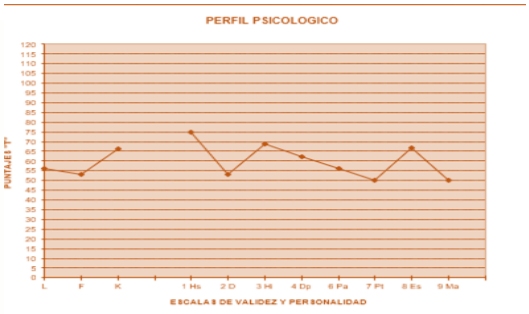
EVALUACION	L	F	K	Hs	D	Hi	Dp	Pa	Pt	Es	Ma
Puntaje Directo	4	2	13	0	4	9	4	3	1	0	4
Puntaje Bruto	10	6	23	2	20	24	16	10	4	2	15
Factor K	0	0	0	12	0	0	9	0	23	23	5
Puntaje Corregido	10	6	23	14	20	24	25	10	27	25	20
Puntaje T	70	58	70	52	51	59	64	56	53	54	58

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

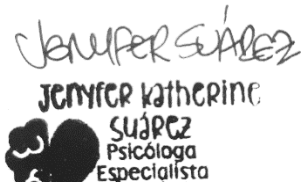
No muestra síntomas conductuales relacionados con la ansiedad. Su manera de comportarse habitual es completamente normal, tiene una actitud hacia sí mism0 y hacia los demás coherente y saludable, no presenta ansiedad ni fobia a las alturas ni a espacios confinados que puedan representar un factor de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