Servicios Integrales De Salud
Su Salud Primero

## INFORME PSICOLÓGICO DE APTITUD PSICOTÉCNICA

1. **Datos Personales**

**Nombre y Apellidos:** MAIDY LORENA MONTEALEGRE GIRALDO
**Fecha de nacimiento:** 14-02-1993
**Edad:** 32 años
**Sexo:** Femenina
**Estado Civil:** Soltera
**Ocupación:** Agente Educativo
**Fecha de evaluación:** 23 enero 2026
**Evaluador:** Diana Constanza Betrán Firigua

**II. Motivo de Consulta**
Evaluación psicológica

**III Técnicas Psicológicas utilizadas**
La prueba psicotécnica y Minimental

**IV. Resultados**
Se demuestra en resultados obtenidos sugieren estabilidad, pensamiento estructurado y adecuada expresión afectiva. Se observa adaptación positiva al entorno.

**Concepto psicológico:**

- Fundamento psicológico positivo y apta para el cargo.

***Firma***

***Diana Constanza Betrán Firigua***
*Psicóloga*
*TP. 125095*

Servicios Integrales De Salud
Nit. 900604369-1
Cel. 312 724 8808 - 310 273 1165
Carrera 9 N°2A- 33 - La Plata
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com



# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 44.101

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 18 DÍA | 09 MES | 2025 AÑO | LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) Ciudad | CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO) |

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

**CORPORACIÓN HUELLA DE AMOR PARA TU VIDA CORHUELLAS**

**Empresa en misión**

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 | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| MONTEALEGRE GIRALDO MAIDY LORENA | FEMENINO | 32 AÑOS 7 MESES 3 DÍAS | CC (Tipo) | 1080263388 (Número) |

Cargo
**AUXILAIR PEDAGOGICA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS**

Observaciones: *NO APLICA*

| | |
|---|---|
| **SI** | PARA MANIPULAR ALIMENTOS Y CUMPLE CON LOS REQUISITOS |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL | ✓ | COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA (FROTIS FARINGEO) | ✓ |
| COPROLOGICO | ✓ | ADMINISTRACION (APLICACION) DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) SOD- PSICOTECNICA | ✓ |
| EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH] | ✓ | ---------- | |

| 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 | SVE VISUAL | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | DIETA BALANCEADA |
| | SVE OSTEOMUSCULAR | |
| | CAPACITACIÓN : ERGONOMIA | |
| | OTROS : CAPACITACION EN BUENAS PRACTICAS DE MANOFACTURA , DESPARASITACION PERIODICA | |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

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 ver idicas. 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 | | Aspirante o Trabajador |
|---|---|---|
| Firma: | | Firma: |
| Nombre: CC: 55212514 - GLORIA JIMENA HERNANDEZ | Código de Seguridad | Nombre: MONTEALEGRE GIRALDO MAIDY LORENA |
| R. M.: 1384/2006 L.S.O.: 1376/2021 | Q631W1C44101 | CC: 1080263388 |