Servicios Integrales De Salud
Su Salud Primero

NIT. 900.604.288-1

## INFORME PSICOLÓGICO DE APTITUD PSICOTÉCNICA

**1. Datos Personales**
**Nombre y Apellidos:** ANDREA YISELA MORENO HIBROBO
**Fecha de nacimiento:** 11-02-1990
**Edad:** 35 años
**Sexo:** Femenina
**Estado Civil:** Casada
**Ocupación:** Auxiliar Pedagógica
**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° 39.703

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 22 DÍA | 02 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)

| MORENO HIDROBO ANDREA YISELA | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| | FEMENINO | 35 AÑOS 0 MESES 15 DÍAS | CC | 1080262011 |
| Apellidos y Nombres | | | Tipo | Número |

Cargo
**AUXILIAR PÉDAGOGICA**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
**EL EXAMEN MÉDICO PRESENTA CONDICIONES DE SALUD QUE NO DISMINUYEN SU CAPACIDAD LABORAL**

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:**

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

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL | USO DE EPP | HABITOS SALUDABLES |
| EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO | SVE VISUAL | CONTROL DE PESO |
| VALORACIÓN POR EPS : NUTRICION | SVE CARDIOVASCULAR | HACER DEPORTE |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | DIETA BALANCEADA |
| | SVE OSTEOMUSCULAR | |
| | CAPACITACIÓN : ERGONOMIA | |
| | OTROS : BUENAS PRACTICAS DE MANOFACTURA | |

**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 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: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

R. M.: 1384/2006 L.S.O.: 1376/2021

Código de Seguridad

Y631E1K39703

**Aspirante o Trabajador**

Andrea Moreno

Firma:

Nombre: MORENO HIDROBO ANDREA YISELA

CC: 1080262011

Servicios Integrales De Salud

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



# EXAMEN DE MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)

**DATOS PERSONALES**

Atención Nº: 9,473

**Fecha:** 22/02/2025 **Municipio:** LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) **CC:** 1080262011 **Nombre:** MORENO HIDROBO ANDREA YISELA **Edad:** 35 AÑOS 0
**Genero:** FEMENINO **Profesión o Cargo:** AUXILIAR PEDAGOGICA **Empresa:** CORPORACIÓN HUELLA DE AMOR PARA TU VIDA CORH
**Eps:** **Tipo Evaluación Medica:** CONSULTA MEDICA OCUPACIONAL INGRESO (MEDICO) **F. Último Examen:** NA
**Lugar del Último Examen:** NA **Motivo Consulta:** VISIOMETRIA INGRESO, DEFICIENCIA VISUAL LEJOS.

**ANTECENDENTES VISUALES**

| | |
|---|---|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECENDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | NO APLICA |
| TRAE RX | SI |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | |
| USA ANTEOJOS | SI USA |

**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 | 20/50 | 05 | N/A | NO APLICA | 20/ 20 | 05 |
| O.I: | NO APLICA | 20/ 60 | 05 | N/A | NO APLICA | 20/ 20 | 05 |
| A.O: | NO APLICA | 20/ 50 | 05 | N/A | NO APLICA | 20/ 20 | 05 |

| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
|---|---|---|---|---|
| H527 | TRASTORNO DE LA REFRACCION, NO ESPECIFICADO | AMBOS | COMÚN | 1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA |

**CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES**

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

TEST COLOR: NORMAL
TEST ESTEREOPSIS: 32" ARCO
OJO DOMINANTE: DERECHO
PPC: 7CM
MOTILIDAD OCULAR: ORTO
EXAMEN EXTERNO: PTERIGIO NASAL GI AO

APROBADO VISUAL

**OPTOMETRA**

**Firma:**
**Nombre:** CHAVEZ LOPEZ YORLY TATIANA
**R. M.:** 1015451704 **L.S.O.:**

**Código de Seguridad**
Q631W3C9473

**PACIENTE**

Andrea Ise

**Firma:**
**Nombre:** MORENO HIDROBO ANDREA YISELA
**CC:** 1080262011