NIT: 900.604.369-1

Servicios Integrales De Salud
Su Salud Primero

INFORME PSICOLÓGICO

1. Datos Personales

Nombre y Apellidos: MARLY-YADIRA PUPIALES GUTIERREZ
Fecha de nacimiento: 05/11/1987
Edad: 37 años
Sexo: Femenina
Estado Civil: Union libre.
Ocupación: Auxiliar pedagogía
Fecha de evaluación: 22 enero 2026
Evaluador: Erika Rocio Valencia Ospina

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 estable.

Firma

Erika Valencia

Erika Rocio Valencia Ospina
Psicóloga
TP. 120627

Cra. 9 No. 2A - 33 B/ Las Quintas La Plata - Huila 312 724 8808 - 310 273 1165
serviciosintegralesdesaludips@gmail.com

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

Servicios Integrales De Salud
Su salud Primero..!!

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



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 39,780

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
27 DÍA	02 MES	2026 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	
Pupiales Gutiérrez Marly Yadira	FEMENINO	38 AÑOS 3 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	1081398149 (Número)

Cargo
AUXILIAR 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)	✓
MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)	✓	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) SOD- PSICOTECNICA	✓
COPROLOGICO	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
EXAMEN DIRECTO PARA HONGOS [KOH]	✓	- - - - - - - - - - - - - - - - - - - -	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCION VISUAL: USAR CORRECCION	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
OPTICA PERMANENTE USAR CORRECCION OPTICA PARA VISION LEJANA USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL REALIZAR PAUSAS ACTIVAS EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN: ERGONOMIA	DIETA BALANCEADA
	OTROS: DESPARASITACION PREVIA AL INGRESO	

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.

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

Médico

Firma:



Nombre: CC: 55212514 - GLORIA JIMENA HERNANDEZ

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

Código de Seguridad

Q631W1C39780

Aspirante o Trabajador

Firma: Mavly yadir

Nombre: PUPIALES GUTIERREZ MARLY YADIRA

CC: 1081398149

Powered by CamScanner