Informe Psicológico

1. Datos Personales

Nombre y Apellidos: Yuly Andrea Farfan Endo
Fecha de nacimiento: 08/02/1988
Edad: 37 años
Sexo: Femenina
Estado Civil: Soltera
Ocupación: Aux. Enfermería
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 Rocio Valencia Ospina
Psicóloga
TP. 120627

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° 39,876

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)

YULY ANDREA FARFAN ENDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	38 AÑOS	CC	1116663335
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo

AUXILIAR DE ENFERMERIA

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 MEDIAS ANTIVÁRICES	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL REALIZAR PAUSAS ACTIVAS	SVE VISUAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE OSTEOMUSCULAR	
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	
	OTROS : CPACITACION EN 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:

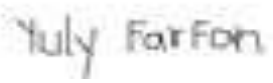
Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

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

Código de Seguridad

Z631F1L39776

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: YULY ANDREA FARFAN ENDO

CC: 1116663335

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



EXAMEN DE MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 9,498

Fecha: 27/02/2025 **Municipio:** LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) **CC:** 1116663335 **Nombre:** FARFAN ENDO YULY ANDREA **Edad:** 38 AÑOS
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** AUXILIAR DE ENFERMERIA **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, ASINTOMATICO.

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	NO
ÚLTIMO DIAGNÓSTICO	
USA ANTEOJOS	NO 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	19/ 20-	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	21/25-	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/ 20-	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

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

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

TEST ISHIHARA: NORMAL
ESTEREOPSIS: 25" ARCO
PPC: 8CM
MOTILIDAD OCULAR: ORTHO
EXAMEN EXTERNO: SANO

APROBADO VISUAL.
*LEVE DEFICIENCIA VISUAL LEJOS.

OPTOMETRA



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

Código de Seguridad
P631V3B9498

PACIENTE



Firma:
Nombre: FARFAN ENDO YULY ANDREA
CC: 1116663335

IPS
NANCY CEDEÑO ANGEL
Laboratorio Clínico
NIT: 901532080-0
CALLE 4 N. 3 24 - 26 LA PLATA - HUILA 8370139 - 3105607645

PACIENTE: YULY Andrea Farfan Endo **EDAD:** 38 años
FECHA: 27 de febrero del 2026 **ID:** 1116663335
EMPRESA: Servicios Integrales De Salud **ANALISIS:** 599

EXAMEN DE GARGANTA

PRUEBAS ESPECIALES

KOH UÑAS	NEGATIVO PARA ESTRUCTURAS MICOTICAS.

GRAM

Cocos gran positivos	+
Cocobacilos Gram Negativos	+
Reacción leucocitaria	ESCASA

Informe
AUXILIAR ROSA FERNANDA ROJAS

YURLAY ESTHER MORRON POLO
Bacteriólogo
Reg. 4470 CC 57305919

IPS
NANCY CEDEÑO ANGEL
Laboratorio Clínico
NIT: 901532080-0
CALLE 4 N. 3 24 - 26 LA PLATA - HUILA 8370139 - 3105607645

PACIENTE: YULY Andrea Farfan Endo **EDAD:** 38 años
FECHA: 27 de febrero del 2026 **ID:** 1116663335
EMPRESA: Servicios Integrales De Salud **ANALISIS:** 599

EXAMEN COPROLOGICO

MACROSCOPICO

Color	CAFE
Consistencia	BLANDA

PARASITOLOGICO

Observaciones	NEGATIVO PARA PARASITOS INTESTINALES EN LA MUESTRA EXAMINADA.

Informe
AUXILIAR ROSA FERNANDA ROJAS

YURLAY ESTHER MORRON POLO
Bacteriólogo
Reg. 4470 CC 57305919