Servicios Integrales De Salud

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



PSICOLOGÍA OCUPACIONAL

Datos Personales — N° Atención: 2,654

Ciudad: LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) 27/01/2026 - 10 07 A. M. — Fecha Atención: 27/01/2026 10 07:35a. m.

CC: 1081419020 — Nombres y Apellidos: QUINTERO CASSO YOLIMA — Fecha de Nacimiento: 18/03/1997 — Edad: 28 AÑOS 10 MESES 9DÍAS

Genero: FEMENINO — Estado Civil: SOLTERO(A) — Dirección: CP MONSERRATE — Teléfono: — Celular: 3204310476

Entidad: FUNDACION GRUPO LIBERTAD — Profesión o Cargo: PROFESIONAL PSICOSOCIAL

Funciones del Cargo: DOCENTE, — Nivel Académico: UNIVERSITARIO — Acudiente:

Teléfono del Acudiente: — Parentesco:

Diagnóstico:

PARA ESTA VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE INGRESO SE APLICÓ LA PRUEBA MINIMENTAL, CON LA FINALIDAD DE CONOCER ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN EL ÁMBITO AFECTIVO, EMOCIONAL, RACIONAL, PRAGMÁTICO Y OBJETIVO; COMO SU CAPACIDAD CONCEPTUAL, SU GRADO DE AFRONTAR AL ESTRÉS, SU CAPACIDAD LABORAL, SU CAPACIDAD DE INTERRELACIONARSE EN LA EMPRESA Y OTRAS CARACTERÍSTICAS ESTABLES DE LA PERSONALIDAD.LOS RESULTADOS PERMITE TENER UNA VISIÓN REALISTA Y DETALLADA TANTO DE SUS PROPIAS CAPACIDADES COMO DE LAS ASPIRACIONES Y MOTIVACIONES, TIENE UNA ACTITUD POSITIVA Y CONSTRUCTIVA.SUS RESULTADOS INDICAN QUE EL INDIVIDUO TIENDE A SER RACIONAL, FORMAL, REALISTA Y DETALLADO TANTO DE SUS PROPIAS CAPACIDADES COMO DE LAS ASPIRACIONES Y MOTIVACIONES, ADEMÁS MUESTRA QUE TIENE VENTAJAS EN SUS RELACIONES INTERPERSONALES POR LO DEMÁS DURANTE LA ENTREVISTA DIRECTA Y SEMIESTRUCTURADA, SE LOGRÓ EVIDENCIAR QUE ES UNA PERSONA CON NIVEL AFECTIVO, SOCIAL, FAMILIAR Y LABORAL, QUE EXAMEN MENTALPRINCIPALMENTE PRESENTA UNA ACTITUD DE COLABORACIÓN Y ESCUCHA EN EL PROCESO DE ENTREVISTA Y EN LA VALORACIÓN DEL EXAMEN MENTAL PSICOLÓGICO.PORTE Y ACTITUD: HIGIENE CORPORAL, POSTURA Y MIRADA Y EXPRESIÓN FACIAL ADECUADA PARA SU EDAD. PRESENTACIÓN ADECUADA A SU EDAD Y SU PERSONALIDAD.LENGUAJE: MANEJA UN LENGUAJE COHERENTE Y COMPRENSIVO, BUENA PRODUCCIÓN VERBAL, ADECUADA ARTICULACIÓN Y EMISIÓN. FLUIDEZ VERBAL ADECUADA, DISCURSO, RITMO ADECUADO Y TONO SIN DIFICULTAD. EL TIMBRE DE VOZ ES NORMAL.PERCEPCIÓN: EN CUANTO A LA PERCEPCIÓN, ESTOS SE ENCUENTRAN ADECUADOS PUES RECONOCE LA CALIDAD Y CUALIDAD DE TODOS LOS ESTÍMULOS TANTO VISUALES, AUDITIVOS, OLFATORIOS Y TÁCTILES.INTELIGENCIA: SU PROMEDIO NORMAL AL RANGO.EUPROSÉXICA: CAPACIDAD DE ATENCIÓN NORMAL.MEMORIA: ESTA FUNCIÓN SE ENCUENTRA NORMAL PUES EN LO QUE CONCIERNE A SU MEMORIA, MEDIATA MEMORIA INMEDIATA Y MEMORIA REMOTA NO PRESENTANDO ANOMALÍA ALGUNA.SUEÑO: EL PROMEDIO DE HORAS ESTA ENTRE 5 A 6 HORAS DE SUEÑO.EN CUANTO A LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LA PRUEBA MINIMENTAL FUE DE 30/30, SEGÚN EL EXAMEN MENTAL LOS RESULTADOS OBTENIDOS SON POSITIVOS Y LA ENTREVISTA SE EVIDENCIA NORMALIDAD, POR LO QUE SE CONSIDERA APTO PARA EL DESARROLLO DE SUS FUNCIONES QUE REALIZARÁ.Z100 EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL APTO PARA EL CARGO.

PSICÓLOGO

Firma: Erika Valencia

Nombre: VALENCIA OSPINA ERIKA ROCIO

R. M.: 120627

PACIENTE

Firma: Yolima Quintero

Nombre: QUINTERO CASSO YOLIMA

CC: 1081419020

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

NIT. 900.694 369-1
Servicios Integrales De Salud
Su Salud Primero

INFORME PSICOLÓGICO

I. Datos Personales
Nombre y Apellidos: YOLIMA QUINTERO CASSO
Fecha de nacimiento: 18/03/1997
Edad: 28 años
Sexo: Femenina
Estado Civil: SOLTERA
Ocupación: PROFESIONAL PSICOSOCIAL
Fecha de evaluación: 27 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 positivo y apta para el cargo.

Firma

Erika Valencia

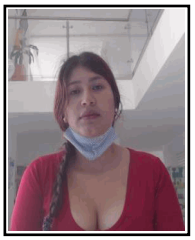
Erika Rocio Valencia Ospina
Psicóloga
TP. 120627

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

Powered by CamScanner

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° 39.412

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
13 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

FUNDACION GRUPO LIBERTAD

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	
QUINTERO CASSO YOLIMA	FEMENINO	27 AÑOS 10 MESES 28 DÍAS	CC (Tipo)	1081419020 (Número)

Cargo
PROFESIONAL PSICOSOCIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

EL EXAMEN MÉDICO NO PRESENTA DEFECTOS NI PATOLOGÍAS

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	✓	ADMINISTRACION [APLICACION] DE PRUEBA DE PERSONALIDAD (CUALQUIER TIPO) SOD- PSICOTECNICA	✓
MEDICION DE AGUDEZA VISUAL (VISIOMETRIA)	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SVE OSTEOMUSCULAR	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN : ERGONOMIA	

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



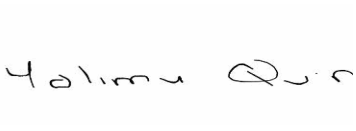
Firma:

Nombre: HERNANDEZ VERGEL GLORIA JIMENA

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

Código de Seguridad
A631G1M39412

Aspirante o Trabajador



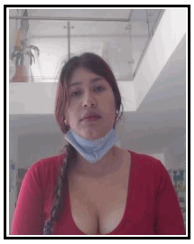
Firma:

Nombre: QUINTERO CASSO YOLIMA

CC: 1081419020

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: 9,361

Fecha: 13/02/2025 **Municipio:** LA PLATA (HUILA, COLOMBIA) **CC:** 1081419020 **Nombre:** QUINTERO CASSO YOLIMA **Edad:** 27 AÑOS 1
Genero: FEMENINO **Profesión o Cargo:** PROFESIONAL PSICOSOCIAL **Empresa:** FUNDACION GRUPO LIBERTAD
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	20/ 20	05	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/ 20	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
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION	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: 40" ARCO
OJO DOMINANTE: DERECHO
PPC: NARIZ
EXAMEN EXTERNO: SANO

APROBADO VISUAL.

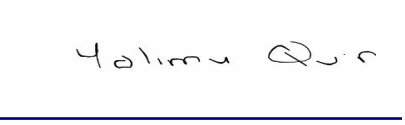
OPTOMETRA



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

Código de Seguridad
E631K3Q9361

PACIENTE



Firma:
Nombre: QUINTERO CASSO YOLIMA
CC: 1081419020