CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2026-000011

Certifico que el señor (a) contratista **Juan Camilo Ayala Zambrano,** identificado con **C.C. No. 1117526758**, cumple con los documentos del perfil solicitados en la circular 3-2026-000011 Exámenes Pre Ocupacionales para contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general.

CIIU	AREA DEL CONTRATISTA	LABOR	EXAMANES PREEMPLEO	ENFASIS DEL EXAMEN MEDICO LABORAL	VACUNACION HEPATITIS B
1855101	Asistencial	Contratistas con tareas de formación para el trabajo seccional	Optometría. Audiometría Glicemia Perfil lipídico	Psicosocial. Osteomuscular	NO

Documentos solicitados por el contratante acatando: "Exámenes Preocupaciones para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general". Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

La presente certificación se expide en la ciudad de Florencia, el 19 **de mayo,2026**

Cordial saludo



Martha Luz Altamar de los Reyes
Medico Laboral- Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Contratista Dirección Regional
Caquetá

CLIPSALUD IPS S.A.S

EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Nit: 900304743-4

Nombre: Juan Camilo Ayala Zambrano **Fecha:** 13/05/2026 **SID-AUDIO : 42376**

No. Identificacion: 1117526758 **Empresa:** PARTICULAR/SENA Particular

Edad: 33 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR Pre-Ingreso

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

Cargo Actual: INSTRUCTOR
Ruido Laboral: Ninguno
Cargo Anterior: No Refiere
Empresa: PARTICULAR/SENA

Tiempo de Servicio: No Refiere
Proteccion Auditiva: Ninguna
Tiempo Servicio: INGRESO
Ruido Laboral: No Refiere

Proteccion Auditiva Utilizada: No Refiere
Ultimo Examen de Audiometria: 5 MESES
Reporte Ultimo Examen: No Refiere

II. Actividades Extralaborales con Exposicion al Ruido

Servicio Militar:	Si ○ No ●		Tiro al Blanco:	Si ○ No ●	
Moto:	Si ● No ○		Tejo:	Si ○ No ●	
Carro:	Si ● No ○		Walkman / Ipad / Auriculares mp3:	Si ○ No ●	
Avion / Helicoptero:	Si ○ No ●		Discoteca:	Si ○ No ●	
Natacion:	Si ○ No ●		Otros:	Si ○ No ●	



Otros Cual: No Refiere Otras Actividades Extralaborales con Exposición al Ruido

III. Antecedentes Personales

TC - TCE:	Si ○ No ●		Diabetes:	Si ○ No ●	
Paperas:	Si ○ No ●		Sarampion:	Si ○ No ●	
HTA:	Si ○ No ●		Paralisis Facil:	Si ○ No ●	
Meningitis:	Si ○ No ●		Cefaleas:	Si ○ No ●	
Rubeola:	Si ○ No ●		Otros:	Si ○ No ●	

Otros Cual?: No Refiere Otros Antecedentes Personales

IV - Antecedentes Otologicos

Otalgia:	Si ○ No ●		Otitis:	Si ○ No ●	
Otorrea:	Si ○ No ●		Cirugias de Oido:	Si ○ No ●	
Acufenos / Tinnitus	Si ○ No ●		Hipoacusia:	Si ○ No ●	
Vertigo:	Si ○ No ●		Rinitis:	Si ○ No ●	
Sensacion de Oidos Tapad	Si ○ No ●		Sinusitis:	Si ○ No ●	
Infecciones:	Si ○ No ●		Alteraciones Vias Respiratorias:	Si ○ No ●	
Tapon de Cerumen:	Si ○ No ●		Otros:	Si ○ No ○	

Otros: No Refiere Otros Antecedentes Otológicos

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: ● Si ○ No

Hace Cuanto Tiempo: No Aplica

Igual por los dos Oidos: ● Si ○ No

Al Conversar solicita repetir con frecuencia: Si ○ No ●

Debe Aumentar el Volumen del TV / Radio: Si ○ No ●

Otras: No Refiere Otro Tipo de Morbilidad al Ruido

Morbilidad al Ruido:

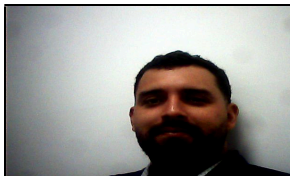
El Ruido le Molesta:	Si ○ No ●
Le causa Dolor de Cabeza:	Si ○ No ●
Le produce mal Genio:	Si ○ No ●
Le produce Desmotivacion:	Si ○ No ●
Interfiere su concentracion:	Si ○ No ●

OTOSCOPIA		
PARAMETROS	**OIDO DERECHO**	**OIDO IZQUIERDO**
Conducto Auditivo Externo:	Normal	Normal
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:	Ninguno	

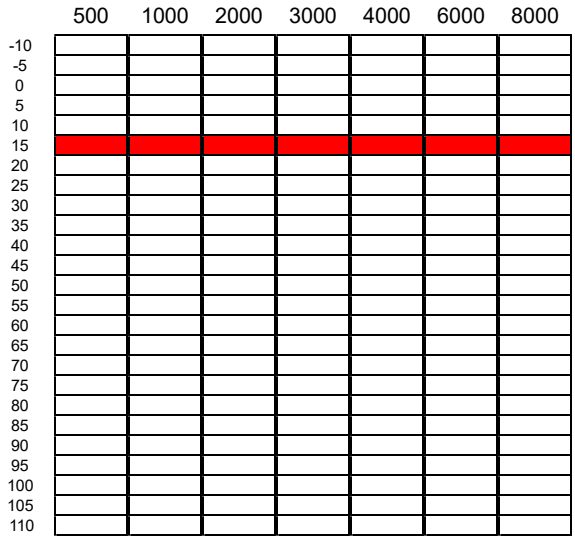
Reposo Auditivo: Si (◉) No (◯) Horas Reposo: 8 HORAS

Descripcion: Audiocups: ☑

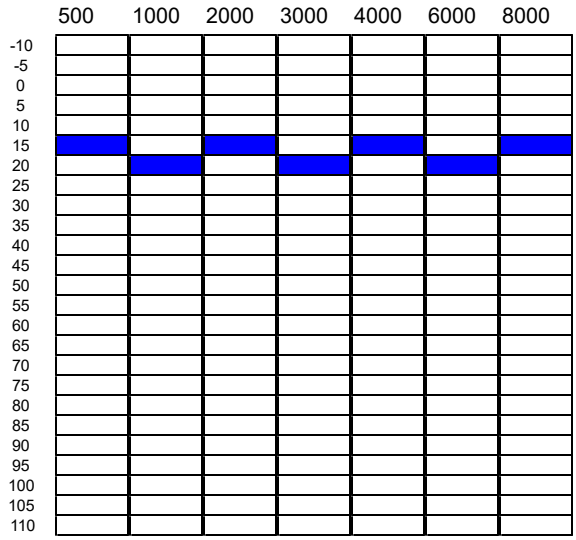
Equipo: MAICO MA 41 Fecha Calibracion: 19/03/2026 Cabina: ☑



OIDO DERECHO VIA AEREA



OIDO IZQUIERDO VIA AEREA



UMBRALES AUDITIVOS VIA AEREA

dB	Hz									
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	15	15	15	15	15	15	15	15	15	dB
Oido Izquierdo	15	15	20	15	20	15	20	15	15	dB

UMBRALES AUDITIVOS VIA OSEA

dB	Hz								
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	PROMEDIO TONOS PUROS (dB)	
Oido Derecho	0	0	0	0	0	0	0	0	dB
Oido Izquierdo	0	0	0	0	0	0	0	0	dB

Impresion Fonoaudiologica: SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFERICA BILATERAL NORMAL

Grado de Audición: Normal

Impresion Diagnostica: [CIE1O-Z011]:EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION

Clasificacion Ocupacional: Larsen Normal

Recomendaciones: NORMAS DE CUIDADO E HIGIENE AUDITIVA

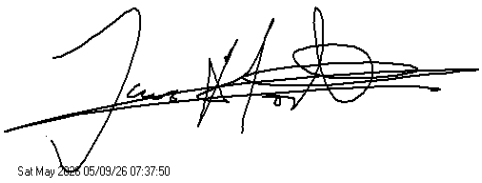
Conducta: Valoriacion por O.R.L. ☐ Audiometria Clinica: ☐

Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐ O.D.: ☐

E.P.P. Auditiva:

Copa: ☐ Insercion: ☐ Doble Proteccion.: ☐ Conducir con Ventanilla Cerrada: ☐

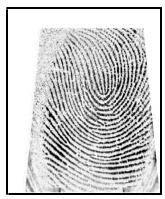
Control: En 1 Año: ☑ En 6 Meses: ☐ En 3 Meses: ☐



Evaluador: JANIER ALEXIS MORALES ESQUIVEL / TP 1115949488



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho

CLIPSALUD IPS S.A.S

EXAMEN DE OPTOMETRIA

Nit: 900304743-4

Nombre: Juan Camilo Ayala Zambrano **Fecha:** 13/05/2026 12:00:00 AM **SID-VISIO : 52699**

No. Identificacion: 1117526758 **Empresa** PARTICULAR/SENA Particular

Edad: 33 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR Pre-Ingreso



Cargo: INSTRUCTOR Area: CULTIVOS Antiguedad: INGRESO

A. Personales Visuales: No Refiere

A. Familiares Visuales: No Refiere

A. Ocupacionales Visuales: No refiere

Exposicion Laboral Visual: No refiere Antecedentes de Exposicion Laboral

Usa Anteojos: (●) Si ( ) No Bifocal: ( ) Si (●) No LDC: ( ) Si (●) No

Tipo de Uso : PANTALLAS Trae Rx: ( ) Si (●) No

Ultimo Examen: 4 MESES Ultimo Diagnostico: REFIERE NO SABER

RX EN USO TIPO DE LENTE: NINGUNO

OD: No **AV:** No

OI: No **AV:** No

Sintomatologia: VISION BORROSA EN EL OJO IZQUIERDO

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion		Sin Correcion			PH	
Snellen Numeros	V. LEJANA	V. PROXIMA	V. LEJANA		V. PROXIMA		
O.D.:			O.D.:	20/20	0.5M	O.D.:	
O.I:			O.I:	20/25	0.5M	O.I:	
A.O:			A.O:	20/20	0.5M	A.O:	

III. EXAMEN EXTERNO

OD: SANO

OI: SANO

Reflejos: Normales

IV. MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO

Motilidad Ocular: Normal PPC: Normal

Observaciones Motilidad Ocular:

V. OFTALMOSCOPIA

OD: SANO

OI: SANO

OTROS: Ninguno

VI. QUERATOMETRIA

OD: _____ **ME:** _____

OI: _____ **ME:** _____

VII. RETINOSCOPIA

Refraccion: ESTATICA

OD: N **AV:** 20/20

OI: N-0.50*0 **AV:** 20/20

Retinoscopia Observaciones: _____

VISION COLOR: OD: NORMAL **OI:** NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: X **Anormal:** _____

◯ Corregido ◉ No Corregido ◯ Mal Corregido

VIII. RX FINAL

DISTANCIA PUPILAR:			ALTURA:		
	OJO	ESFERICO	CILINDRICO	EJE	A.V.
LEJOS	DERECHO	NEUTRO		°	20/20
	IZQUIERDO	NEUTRO	-0.50	0 °	20/20
CERCA	DERECHO			°	
	IZQUIERDO			°	
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE: MONOFOCAL					
CLASE DE FILTRO: ANTIRREFLEJO					

Clasificación: **Amétrope No Corregido**

Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION NO CORREGIDO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Impresion Diagnostica ASTIGMATISMO EN OJO IZQUIERDO, SANO VISUAL EMETROPE EN OJO DERECHO.

Observaciones: PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP, USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE.

Gloria Espinosa.

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en SST- Res. No. 0052

Fri May 2026 05/08/26

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

Wed May 2026 05/13/26 08:03:54



Indice Derecho

ClIPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: JUAN CAMILO AYALA ZAMBRANO **SID : 44333**

No. Identificacion: 1117526758

Edad: 33 Años **Sexo:** Masculino

Nro. Ordenamiento: 104910

Fecha de Recepcion: 13/05/2026 08:08:05

Fecha de Impresion: 13/05/2026 03:48:00 pm

Entidad: PARTICULAR/SENA

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	75,93	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl
2. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	134,94	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	42,13	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	120,06	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	24	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	68.8	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	3.2		0 - 5.7

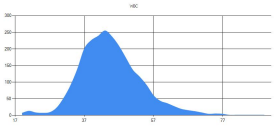
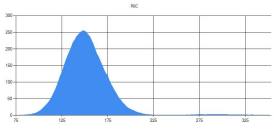
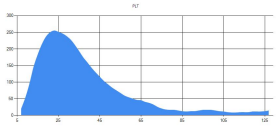
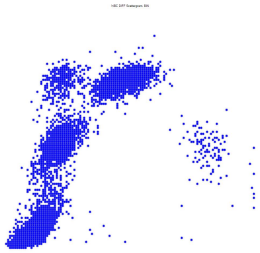
Validado:ANDREA DEL PILAR CRU
BACTERIOLOGA - Bacteriologa Ur

***** NOTAS IMPORTANTES *****

Información: Exámenes Pendientes CUADRO HEMATICO.

Order No.:	10078538	**Fecha Ingreso:**	2026-05-13 09:38:40
Paciente:	JUAN CAMILO AYALA ZAMBRANO	**Fecha Impresión:**	2026-05-13 14:15:23.
Identificación:	CC 1117526758	**Edad/Sexo:**	33 / M
Convenio:	CLIPSALUD SAS	**Teléfono:**	NA
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA			
Recuento de Leucocitos	**7.84**	x10^3mm^3	4.0 - 10.0
% Neutrofilos	**49.9**	%	55.0 - 65.0 %
% Linfocitos	**39.3**	%	25.0 - 38.0 %
% Monocitos	**8.0**	%	3.0 - 6.0 %
% Eosinofilos	**2.6**	%	2.0 - 4.0 %
% Basofilos	**0.2**	%	0.0 - 1.0 %
# Neutrofilos	**3.91**	x10^3mm^3	2.0 - 7.50
# Linfocitos	**3.08**	x10^3mm^3	1.0 - 4.00
# Monocitos	**0.63**	x10^3mm^3	0.20 - 1.00
# Eosinofilos	**0.20**	x10^3mm^3	0.0 - 0.50
# Basofilos	**0.02**	x10^3mm^3	0.0 - 0.20
Recuento de Eritrocitos	**5.00**	x10^6/mm^3	3.80 - 5.80
Hemoglobina	**14.9**	g/dl	H.14.0-17.0 Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	**44.3**	%	H.42.0-48.0 Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	**88.7**	um^3	80 - 90 um^3
HB Corspuscular Media	**29.7**	pg	26.0 - 30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**33.5**	g/dl	31.0 - 34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**13.3**	%	12.0 - 16.0 %
Recuento de Plaquetas	**250**	x10^3/mm^3	150 - 450
Volumen Plaquetario Medio	**11.4**	um^3	6.0 - 15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	**16.2**	%	11.0 - 18.0 %
Plaquetocrito	**0.284**	%	.150 - .500 %

EMILI DANIELA RIVAS
PROFESIONAL
T.P. 1043301956
Validación 13/05/2026 12.47

---COPIA---

HISTORIA CLINICA
OCUPACIONAL

CLIPSALUD IPS S.A.S
Nit: 900304743-4
CL 18 Nº 5A-48 FLORENCIA CAQUETA PBX: 8745789- CEL: 3162523650
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Juan Camilo Ayala Zambrano	1117526758	12891
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	25/02/1993
Direccion:	CRA 11A 20 SUR 83 BRR PRADOS DEL NORTE | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Re		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
93727	Masculino	33 a	Casado	1	Profesional Universitario	FLORENCIA(CAQ	13/05/2026 08:18:03

Objetivo:	Pre-Ingreso	**E.P.S.:**	SANTIAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE III		**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

I. INFORMACION OCUPACIONAL Y EXPOSICION A FACTORES DE RIESGO

NOMBRE DE LA EMPRESA	CARGO	TIEMPO	FACTOR DE RIESGO							ORGANOS COMPROMETIDOS					
			Fisicos	Quimicos	Ergonomicos	Biologicos	Psicosocial	Seguridad	Otros	Oido	Ojos	Piel	Pulm	Ost.	Otros
PARTICULAR / SENA	INSTRUCTOR	INGRESO	☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Observaciones Antecedentes:
* Ampliacion de ITEMS señalados con "Si"

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

Gafas: ☑ Casco: ☑ Tapabocas: ☑ Overol: ☑ Botas: ☑ Protector Auditivo: ☑ Respirador: ☑ Guantes: ☑

A. - ACCIDENTES DE TRABAJO: NO
No Refiere Accidentes de Trabajo o Enfermedad(es) Profesional(es)

B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

PATOLOGIA		PARENTESCO	PATOLOGIA		PARENTESCO
ASMA:	☐		A. CEREBRO-VASCULAR:	☐	
CANCER:	☐		HIPERTENSION ARTERIAL:	☐	
DIABETES:	☐		COLAGENOSIS:	☐	
ENFERMEDAD CORONARIA:	☐		PAT. TIROIDEAS:	☐	

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos:	☐	No Refiere	Psiquiatricos:	☐	No Refiere	Estimulantes:	☐	No Refiere
Hospitalarios:	☐	No Refiere	Transfuncionales:	☐	No Refiere	Practica Algun Deporte:	☐	No Refiere
Quirurgicos:	☑		Inmunizaciones:	☐	No Refiere	Medicamentosos:	☐	No Refiere
Alergicos:	☐	No Refiere	Gineco - Obstetricos:	☐	No Refiere	Toxicos:	☐	No Refiere
Traumaticos:	☐	No Refiere	Tabaquismo:	☐	No Refiere	Otros:	☐	No Refiere
Venereos:	☐	No Refiere	Alcohol:	☐	No Refiere			

FRACTURA EN PERONE IZQUIERDO

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

**Ampliacion Sobre los item señalados con "Si" en antecedentes personales*

CICLO MENSTRUAL:	No Aplica	G: ☐ P: ☐ A: ☐ V: ☐ C: ☐ M: ☐ E: ☐	
FECHA ULTIMA REGLA:	No Aplica	PLANIFICACION FAMILIAR:	
FECHA ULTIMA CITOLOGIA:	No Aplica	☐	METODO: No Aplica

F. - INMUNIZACIONES:

VACUNA	DOSIS UNICA	VACUNA	1 DOSIS	2 DOSIS	3 DOSIS	REFUERZO
FIEBRE AMARILLA:	No Refiere	TETANO:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
PAPERAS Y RUBEOLA:	No Refiere	HEPATITIS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
INFLUENZA:	No Refiere	OTRAS:	No Refiere	No Refiere	No Refiere	No Refiere
Resultado Inmunizaciones:	No Refiere					

G. - HABITOS:

FUMA	◯ Si	◉ No	
CANTIDAD DE CIGARRILLOS POR DIA:	0		
FUMABA:	◯ Si ◉ No	CIGARRILLOS DIA:	0
HASTA CUANDO:			

ALCOHOL:	◉ Si	◯ No	
FRECUENCIA: OCACIONAL	TIPO:	Cerveza	
ACTIVIDAD CULTURAL:	◯ Si	◉ No	
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	◉ Si	◯ No	
SEDENTARIO PURO:	◯ Si	◉ No	
SEDENTARIO:	◯ Si	◉ No	

Habitos Riesgosos

Tejo ☐ S. Militar: ☐ Tiempo: _____ Moto: ☑

Otros: No Refiere

Especifique:

FUTBOL

II. - REVISION POR SISTEMAS Y EXAMEN FISICO:

CARDIOVASCULAR:	N	OCULAR:	N
DARMATOLOGICO:	N	RESPIRATORIO:	N
GENITU - URINARIO:	N	DIGESTIVO:	N
NEUROLOGICO:	N	O.R.L.:	N
OSTEO - MUSCULAR:	N	OTROS:	N

PERIMETRO ABDOMINAL:	120 Cms		
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
120 Kgs	196 Cms	31.2 k/m2	69 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
18 x minuto	122/79 mmHg	Grande	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☑ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☐

AGUDEZA VISUAL: O.D. | O.I. | A.O.

1. CABEZA	N	13. OIDOS:	N	25. T. INGUINALES:	N
2. OJOS	N	14. C. AUDITIVO EXT.:	N	26. GENITALES EXT:	X
3. PARPADOS	N	15. TIMPANOS:	N	27. T. VAGINAL:	X
4. CONJUNTIVAS	N	16. CUELLO:	N	28. T. RECTAL:	X
5. FONDO DE OJO	N	17. TIROIDES:	N	29. : MIEMBROS	N
6. NARIZ	N	18. TORAX:	N	30. MANOS:	N
7. TABIQUE	N	19 . Rs Cs:	N	31. PIES:	N
8. BOCA	N	20. Rs Rs:	N	32. PIEL:	N
9. DENTADURA	N	21. SENOS:	N	33. COLUMNA:	N
10. FARINGE	N	22. ABDOMEN:	N	34. EX. NEUROLOGICO:	N
11. AMIGDALAS	N	23. PERCUSION:	N	35. EX. MENTAL:	N
12. ENCIAS	N	24. MASAS:	N	36. REFLEJOS:	N

* Normal = N Anormal = A X= No Examinada AMPLIE SOLAMENTE HALLAZGOS ANORMALES(A)

III. -EXAMENES COMPLEMENTARIOS:

CUADRO HEMATICO:	No Solicitado	No Solicitado	GRAVINDEX:	No Solicitado	No Solicitado
PARCIAL DE ORINA:	No Solicitado	No Solicitado	OPTOMETRIA:	Anormal	Amétrope No Corregido
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	Normal	75,93 mg/dl	AUDIOMETRIA:	Normal	Normal
COLESTEROL:	Normal	Total: 134,94 mg/dl	TRIGLICERIDOS:	Normal	120,06 mg/dl
			KOH:	No Solicitado	No Solicitado

IV. - DIAGNOSTICO DE INTERES CLINICO:

1	
2	

V. - PREVENCION EN RIESGOS LABORALES:

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Auditivo	☐	Visual	☑	Respiratorio ☐	Ergonomico ☐	
	Dermatologico	☐	Cardiovascular	☐	Otros ☐		
	ESPECIFIQUE:						

TIPO DE PROTECCION	CASCO	BOTAS	GUANTES	P. AUDITIVO	P. RESPIRATORIA	P. VISUAL
	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	OTROS:					

VI. - DIAGNOSTICO DE INTERES OCUPACIONAL:

1	[CIE1O No.]E669:OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
2	ASTIGMATISMO
3	
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, OPTOMETRIA, ENFASIS CARDIOVASCULAR, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, PRUEBA PSICOLOGICA .

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES: RECOMENDACIONES LABORALES: Uso de elementos de protección personal. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar. Higiene postural. Uso de correccion visual.

RECOMENDACIONES DE SALUD: Adoptar hábitos de vida saludable que incluya una alimentación balanceada, baja en azúcares y grasas saturadas, así como la incorporación de actividad física regular, al menos 150 minutos semanales. Es importante realizar controles periódicos del peso y circunferencia abdominal por el servicio de medicina general y nutricion, ya que el sobrepeso u obesidad sostenidos pueden aumentar el riesgo de enfermedades crónicas y afectar el desempeño laboral a largo plazo...

OBSERVACIONES: ninguno

VII. - CLASIFICACION DE APTITUD:

OBJETIVO VALORACION: **Pre-Ingreso**

CONCEPTO INGRESO:	APTO para el Cargo: ☐	No APTO para el Cargo: ☐	Aplazado: ☐		
TRABAJOS ESPECIALES:	Altura: ☐	Espacios Confinados: ☐	Manipulacion de Alimentos: ☐		
CONCEPTO EGRESO:	Satisfactoria: ☐	No Satisfactoria: ☐	Valoracion por E.P.S.: ☐		
Periodico o Cambio de Ocupacion: ☐		Reubicar Trabajador ☐	Continua en el Cargo ☐		

Wed Apr 2026 04/29/26 07:22:57

AURA JIMENA AGUIRRE - C.C. 1020769061 / RM: RESOLUCION 0148

Wed May 2026 05/13/26 08:03:54

Firma del Paciente o Responsable

Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

PACIENTE: JUAN CAMILO AYALA ZAMBRANO CC 1117526758

Fecha: 13/05/2026 08:08:01

SID: **44333** Orden Nro. 104910

Empresa: PARTICULAR/SENA

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	**13/05/2026**		
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	1 PISO
06:35 am	ANA MARIA LLANOS	Otros Servicios	
07:05 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometri	
08:40 am	JANIER ALEXIS MORALES ESQUIVE	Audiometria	
09:48 am	AURA JIMENA AGUIRRE	Medicina Ocupaciona	
10:00 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGR	Psicologia	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOM	1
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	1
OPTOMETRIA	1
ENFASIS CARDIOVASCULAR	1
GLICEMIA EN SANGRE	1
PERFIL LIPIDICO COMPLETO	1
CUADRO HEMATICO	1
PRUEBA PSICOLOGICA	1
	8

Nuestro saludo de bienvenida e interes por que su visita a Visionamos Salud cubra con sus expectativas

Por Favor Tenga en Cuenta las siguientes recomendaciones:

*Llegue 10 minutos antes de la hora asignada
*Ubiquese en cada sala de espera segun corresponda. Alli sera llamado por cada Profesional.
*Evite Tocar la Puerta.
*Si tiene examen de laboratorio, por favor asista en ayunas
*En caso de alguna duda, comuniquela inmediatamente a recepcion.
*En caso de queja, comuniquela al número celular 313 282 03 09

Su oponion es muy importante para nosotros.

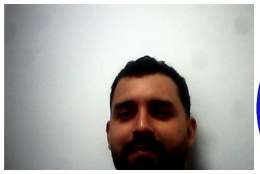
El usuario tienen DERECHO a:

*Presentar quejas, reclamos y solicitudes sobre la prestacion del servicio y la resolucion de las mismas.

El usuario tiene el DEBER de:

*Seguir las instrucciones necesarias para obtener una adecuada prestacion del servicio.

.



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4
CR 5 Nº 14A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

Escanee el Código QR Si Desea Validar Datos

Nombre Trabajador o Aspirante:
Juan Camilo Ayala Zambrano

Ciudad de Realización Examen:
FLORENCIA(CAQUETÁ, COLOMBIA)

Documento de Identificación			
Tipo:	CC	**Número:**	1117526758
Fecha Nacimiento:			25/02/1993

Dirección: **CRA 11A 20 SUR 83 BRR PRADOS DEL NORTE | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere**

Ingreso Nro.	Género:	Edad:		Nivel Educativo:	Fecha Realización Examen					
93727	Masculino	33	Años	Profesional Universitario	Dia	**13**	Mes	**05**	Año	**2026**

E.P.S.:	SANTIAS	A.R.L.:	POSITIVA	A.F.P.:	PORVENIR
Clasificación del Riesgo:	CLASE III	**Estado Civil:**	Casado	**Estrato:**	[1] - Bajo Bajo

DATOS DEL CARGO Y LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

TIPO DE EXAMEN	CARGO	CONTRATO
PRE-INGRESO	INSTRUCTOR	
NOMBRE DE LA EMPRESA:	**EMPRESA EN MISIÓN**	**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
PARTICULAR/SENA	**PARTICULAR/SENA**	5530-Servicios por horas

Código Único Concepto(CUC):86088ea6b97e7ad1d79caf83b1aaf4fe7996b246884b3591878982d617a65789274f4649e92b68ae56aa485344ca0c85

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

☑ **SIN HALLAZGOS A LA EVALUACIÓN MÉDICA**

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☑ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, OPTOMETRIA, ENFASIS CARDIOVASCULAR, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, PRUEBA PSICOLOGICA .

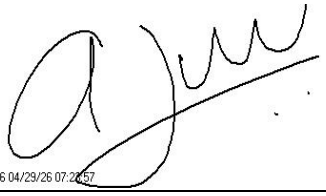
RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES LABORALES: Uso de elementos de protección personal. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar. Higiene postural. Uso de correccion visual. . RECOMENDACIONES DE SALUD: Adoptar hábitos de vida saludable que incluya una alimentación balanceada, baja en azúcares y grasas saturadas, así como la incorporación de actividad física regular, al menos 150 minutos semanales. Es importante realizar controles periódicos del peso y circunferencia abdominal por el servicio de medicina general y nutricion, ya que el sobrepeso u obesidad sostenidos pueden aumentar el riesgo de enfermedades crónicas y afectar el desempeño laboral a largo plazo.. OBSERVACIONES: ninguno

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará CLIPSALUD IPS S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados.Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a CLIPSALUD IPS S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. De igual manera soy consciente y doy fe, de que me fue socializado mi estado de salud y el resultado de cada uno de mis valoraciones realizadas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

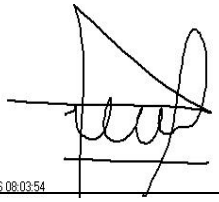


Wed Apr 2026 04/29/26 07:20:57

AURA JIMENA AGUIRRE - C.C. 1020769061 / RM: RESOLUCION 0148

13/05/2026 09:43:46

Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co



Wed May 2026 05/13/26 08:03:54

Firma y Huella del Aspirante o Trabajador

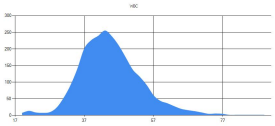
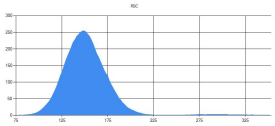
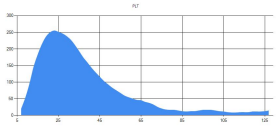
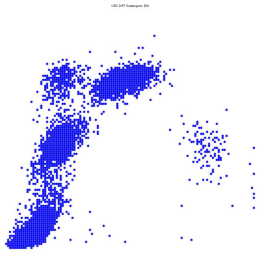


Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en www.clipsalud.com Opción RESULTADOS EN LINEA FLORENCIA

Order No.:	10078538	**Fecha Ingreso:**	2026-05-13 09:38:40
Paciente:	JUAN CAMILO AYALA ZAMBRANO	**Fecha Impresión:**	2026-05-13 14:15:23.
Identificación:	CC 1117526758	**Edad/Sexo:**	33 / M
Convenio:	CLIPSALUD SAS	**Teléfono:**	NA
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA			
Recuento de Leucocitos	**7.84**	x10^3mm^3	4.0 - 10.0
% Neutrofilos	**49.9**	%	55.0 - 65.0 %
% Linfocitos	**39.3**	%	25.0 - 38.0 %
% Monocitos	**8.0**	%	3.0 - 6.0 %
% Eosinofilos	**2.6**	%	2.0 - 4.0 %
% Basofilos	**0.2**	%	0.0 - 1.0 %
# Neutrofilos	**3.91**	x10^3mm^3	2.0 - 7.50
# Linfocitos	**3.08**	x10^3mm^3	1.0 - 4.00
# Monocitos	**0.63**	x10^3mm^3	0.20 - 1.00
# Eosinofilos	**0.20**	x10^3mm^3	0.0 - 0.50
# Basofilos	**0.02**	x10^3mm^3	0.0 - 0.20
Recuento de Eritrocitos	**5.00**	x10^6/mm^3	3.80 - 5.80
Hemoglobina	**14.9**	g/dl	H.14.0-17.0 Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	**44.3**	%	H.42.0-48.0 Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	**88.7**	um^3	80 - 90 um^3
HB Corspuscular Media	**29.7**	pg	26.0 - 30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**33.5**	g/dl	31.0 - 34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**13.3**	%	12.0 - 16.0 %
Recuento de Plaquetas	**250**	x10^3/mm^3	150 - 450
Volumen Plaquetario Medio	**11.4**	um^3	6.0 - 15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	**16.2**	%	11.0 - 18.0 %
Plaquetocrito	**0.284**	%	.150 - .500 %

EMILI DANIELA RIVAS
PROFESIONAL
T.P. 1043301956
Validación 13/05/2026 12.47

---COPIA---

PRUEBA PSICOLÓGICA

Nombre JUAN CAMILO AYALA ZAMBRANO

Edad: 33 AÑOS

13 DE MAYO 2026

El área física (Valor RECTITUD) es la más importante para JUAN CAMILO AYALA ZAMBRANO. El área menos importante es la emocional (Valor PAZ).
El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

Le da un poco más de importancia a la rectitud que el resto de la población. Destaca el área física, dándole buena prioridad a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

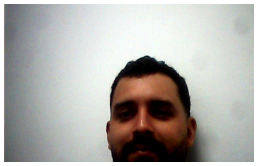
Baja valoración de la paz. La parte emocional de sus valores es ignorada, importándole poco cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

El valor amor le impacta dentro de la norma del grupo. La parte intuitiva de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

Valora la no violencia un poco más que el resto de la gente. Resalta la parte espiritual de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

Fernanda Prieto M.

FERNANDA PRIETO MONTEALEGRE
Psicóloga
T.P 199882



CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4
CR 5 Nº 14A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072 CEL: 3175176395
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

		Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente:	Juan Camilo Ayala Zambrano	1117526758	12891
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	25/02/1993
Direccion:	CRA 11A 20 SUR 83 BRR PRADOS DEL NORTE | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Re		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
93727	Masculino	33	Años	Casado	Profesional Universitario	FLORENCIA(CAQ	13/05/2026 08:18:03

Objetivo:	Pre-Ingreso	E.P.S.:	SANTIAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTOR
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE III		Estrato:	[1] - Bajo Bajo

EXAMEN OSTEOMUSCULAR

N = Normal AN = Anormal | PO = Positivo NEG = Negativo

1. CONSTITUCION	PLEOMORFICO:	☐	ENDOMORFICO:	☐	ECTOMORFICO:	☐
2. POSTURA	NORMAL:	☑	ASIMETRICA:	☐		
3. CURVATURA COLUMNA	NORMAL:	☑	NO:	☐		
4. MARCHA	NATURAL:	☑	RIGIDEZ:	☐	COJERA:	☐
5. PROPIOCEPCION Y COORDINACION L5-S:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐
6. PALPACION						
a. APOFISIS ESPINOSAS:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐
b. LIGAMENTO SUPRAESPINOSO:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐
b. LIGAMENTO INTERESPINOSO:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐
d. MUSCULOS PARAESPINALES:			NORMAL:	☑	ANORMAL:	☐
7. PERCUSION						
EXAMEN FUNCIONAL						
FLEXION						
GRADO I:	☐	GRADO II:	☐	GRADO III:	☑	GRADO IV: ☐
PRUEBA DE SCHOBER				MAYOR DE 5 CMS (N):	☑	MENOS DE 5 CMS: ☐
EXTENSION						
INCLINACION LATERAL						
ROTACION Y FLEXION				NORMAL:	☑	ANORMAL: ☐
PRUEBA DEL ARCO DE FORESTIER				RELAJACION PV:	☑	CONTRACTURA PV: ☐
CUNCLILLAS						
ARTICULACION CADERAS, RODILLAS Y PIES:				NORMAL:	☑	ANORMAL: ☐
ESCOLIOSIS:				SI:	☐	NO: ☑
MUSCULOS ABDOMINALES SUPERIORES:				TONO NORMAL:	☑	DEBILIDAD: ☐
MUSCULOS ABDOMINALES INFERIORES:				TONO NORMAL:	☑	DEBILIDAD: ☐

LONGUITUD APARENTE:

LONGUITUD REAL MIEMBROS INFERIORES: _____ _____

PIERNA:

PERIMETRO EXTREMIDAD INFERIOR MUSLO: _____ _____

PRUEBA LASEGUE: POSITIVA: ☐ NEGATIVA: ☑

SENSIBILIDAD

DERMATOMA L1:	◉ N	○ AN
DERMATOMA L4:	◉ N	○ AN
DERMATOMA L5:	◉ N	○ AN
DERMATOMA S1:	◉ N	○ AN
DERMATOMA S2:	◉ N	○ AN
DERMATOMA S3:	◉ N	○ AN

FUERZA MUSCULAR (O - V)

PSOAS ILIACO:	◉ N	○ AN
CUADRICEPS:	◉ N	○ AN
TIBIAL ANTERIOR:	◉ N	○ AN
EXTENSOR PPIO DEL PULGAR:	◉ N	○ AN
ADUCTORES DE CADERA:	◉ N	○ AN
GLUTEO MEDIANO:	◉ N	○ AN
GLUTEO MAYOR:	◉ N	○ AN

REFLEJOS

REFLEJO ROTULIANO:	◉ N	○ AN
REFLEJO AQUILIANO:	◉ N	○ AN

ARTICULACION SACROILIACA		
FABERE:	○ POS	◉ NEG
MANGO DE BOMBA:	○ POS	◉ NEG

OBSERVACIONES:

Wed Apr 2026 04/29/26 07:22:57
AURA JIMENA AGUIRRE - C.C. 1020769061 / RM: RESOLUCION 0148

Wed May 2026 05/13/26 08:03:54
Firma del Paciente o Responsable

Indice Derecho

ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9