

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:
Luis Enel Agudelo Gaitan

Ciudad de Realización Examen:
FLORENCIA(CAQUETÁ, COLOMBIA)

Documento de Identificación			
Tipo:	CC	**Número:**	17643384
Fecha Nacimiento:			08/10/1968

Dirección: **CL 16 2 20 BRR NUEVA FLORENCIA | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere**

Ingreso Nro.	Género:	Edad:		Nivel Educativo:	Fecha Realización Examen					
96188	Masculino	57	Años	Postgrado	Dia	**14**	Mes	**08**	Año	**2026**

E.P.S.:	NUEVA EPS	A.R.L.:	POSITIVA	A.F.P.:	COLPENSIONES
Clasificación del Riesgo:	CLASE I	**Estado Civil:**	Union Libre	**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	**PARTICULAR**	SERVICIOS

Código Único Concepto(CUC):25ce9a99f93ee2c1138897a8714f57a5e2a97993a463706abee922671f270ae56f9d5933816bb6682047febbe7df4415

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, ENFASIS CARDIOVASCULAR, OPTOMETRIA, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, CUADRO HEMATICO, PRUEBA PSICOLOGICA .

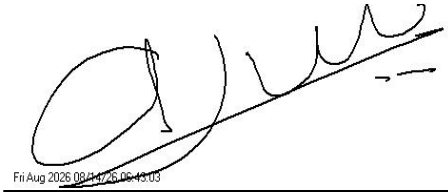
RESTRICCIONES

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 correcion 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.. .. Valoracion en E.P.S. para: tamizaje de presion arterial. . Valoracion en EPS para manejo de hallazgo en perfil lipidico. . OBSERVACIONES: ninguno

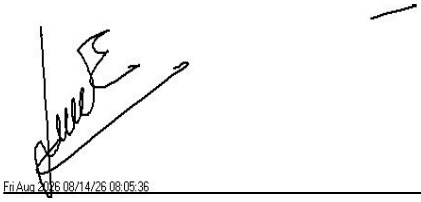
Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido 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.



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

14/08/2026 11:32:53

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



Firma y Huella del Aspirante o Trabajador



Indice Derecho

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

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:	Luis Enel Agudelo Gaitan	17643384	44942
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	08/10/1968
Direccion:	CL 16 2 20 BRR NUEVA FLORENCIA | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
96188	Masculino	57 a	Union Libre	2	Postgrado	FLORENCIA(CAQ	14/08/2026 08:27:21

Objetivo:	Pre-Ingreso	**E.P.S.:**	NUEVA EPS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE I		**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	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:	☐	No Refiere	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			

No Refiere Antecedentes Personales

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:	NUNCA		

ALCOHOL:	◉ Si	◯ No	
FRECUENCIA: OCASIONAL	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:

NO

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:	117 Cms
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
117 Kgs	175 Cms	38.2 k/m2	61 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
18 x minuto	149/83 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	91,12 mg/dl	AUDIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
COLESTEROL:	Anormal	Total: 213,30 mg/dl	TRIGLICERIDOS:	Anormal	367,11 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	[CIE1O No.]R030:LECTURA ELEVADA DE LA PRESION SANGUINEA, SIN DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION
3	PRESBICIA
4	[CIE1O No.]E782:HIPERLIPIDEMIA MIXTA
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ENFASIS CARDIOVASCULAR, OPTOMETRIA, 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 correcion 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...

... Valoracion en E.P.S. para: tamizaje de presion arterial.
Valoracion en EPS para manejo de hallazgo en perfil lipidico.
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 ☐		

Fri Aug 2026 08:04:26 05:43:03

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

Fri Aug 2026 08/14/26 08:05:36

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

EXAMEN DE OPTOMETRIA

Nit: 900304743-4

Nombre: Luis Enel Agudelo Gaitan **Fecha:** 14/08/2026 12:00:00 AM **SID-VISIO : 54223**

No. Identificacion: 17643384 **Empresa** PARTICULAR Particular

Edad: 57 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR Pre-Ingreso



Cargo: INSTRUCTOR Area: 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 : Cerca - ACTUALMENTE SIN GAFAS Trae Rx: ( ) Si (●) No

Ultimo Examen: 1 AÑO Ultimo Diagnostico: PRESBICIA

RX EN USO TIPO DE LENTE: NINGUNO

OD: No **AV:** No

OI: No **AV:** No

Sintomatologia: VISION BORROSA DE CERCA

II. AGUDEZA VISUAL

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

III. EXAMEN EXTERNO

OD: PTERIGIO NASAL **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: +0.50 **AV:** _____

OI: +0.50 **AV:** _____

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	+0.50		°	20/20
	IZQUIERDO	+0.50		°	20/20
CERCA	DERECHO	+2.75		°	0.5M
	IZQUIERDO	+2.75		°	0.5M
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE: PROGRESIVO					
CLASE DE FILTRO: ANTIRREFLEJO					

Clasificación: **Amétrope No Corregido**

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

Impresion Diagnostica HIPERMETROPIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, PRESBICIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO, PTERIGIO EN OJO DERECHO.

Observaciones: PAUSAS ACTIVAS, VALORACION POR OFTALMOLOGIA, USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE, VALORACION POR OPTOMETRIA, VALORACION DE CONTROL ANUAL.

Gloria Espinosa

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

Sat Aug 2026 08/08/2(

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

Fri Aug 2026 08/14/26 08:05:36



Indice Derecho

ClIPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: LUIS ENEL AGUDELO GAITAN **SID : 45844**

No. Identificacion: 17643384

Edad: 57 Años **Sexo:** Masculino

Nro. Ordenamiento: 107675 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 14/08/2026 08:09:04

Fecha de Impresion: 14/08/2026 11:58:48 am

Entidad: PARTICULAR

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	91,12	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl
2. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	213,30	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	37,04	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	367,11	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	73.4	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	102.8	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	5.8		0 - 5.7

Validado:ANDREA DEL PILAR CRU
BACTERIOLOGA - Bacteriologa Ur

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

Información: Exámenes Pendientes CUADRO HEMATICO.



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:	Luis Enel Agudelo Gaitan	17643384	44942
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	08/10/1968
Direccion:	CL 16 2 20 BRR NUEVA FLORENCIA | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
96188	Masculino	57	Años	Union Libre	Postgrado	FLORENCIA(CAQ	14/08/2026 08:27:21

Objetivo:	Pre-Ingreso	E.P.S.:	NUEVA EPS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INSTRUCTOR
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:		CLASE I		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:

Fri Aug 2026 08:14:26 05:43:03

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

Fri Aug 2026 08/14/26 08:05:36

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

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2026-000011

Certifico que el señor (a) contratista **Luis Enel Agudelo Gaitan,** identificado con **C.C. No. 7643384**, 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	EXAMANE S PREEMPLE O	ENFASIS DEL EXAMEN MEDICO LABORAL	VACUNACIO N HEPATITIS B
1855101	Asistencial	Contratistas con tareas de formación para el trabajo seccional	Optometría. Audiometría Glicemia Perfil lipídico	Psicosocial. Osteomusc ular	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 **14 de agosto,2026**

Cordial saludo



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