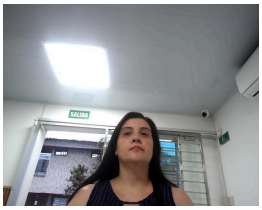
CLIPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: KELLY JOHANNA HERMOSA TORRES **SID : 45945**

No. Identificacion: 1117503693

Edad: 38 Años **Sexo:** Femenino

Nro. Ordenamiento: 107824 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 20/08/2026 06:19:36

Fecha de Impresion: 20/08/2026 03:34:43 pm

Entidad: PARTICULAR

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	76,02	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl
2. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	204,92	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	43,00	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	108,55	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	21.7	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	140.2	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	4.8		0 - 5.7

Validado:ANDREA DEL PILAR CRU
BACTERIOLOGA - Bacteriologa Ur

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

Información: Exámenes Pendientes CUADRO HEMATICO.

10014555

LABORATORIO CLINICO FAMI

FLORENCIA - CAQUETA

RESULTADOS DE LABORATORIO

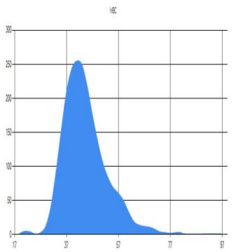
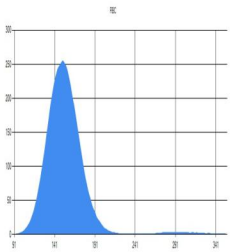
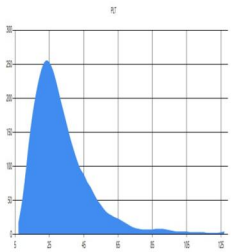
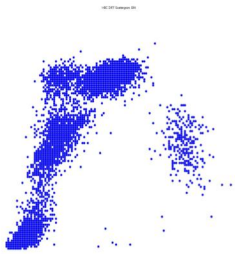
Orden No :	10014555	Fecha Recepción:	2026-08-20 10:32:27
Paciente:	**KELLY JOHANNA HERMOSA TORRES**	Fecha 1ra. Impresión:	2026-08-20 14:26:15.
Identificación:	1117503693 Edad/Sexo: 37 Años Femenino	Sede:	LABORATORIO CLINICO FAMI -
Teléfono:	NA	Servicio:	CONSULTA EXTERNA
Convenio:	CLIPSALUD SAS	Médico:	MEDICOS VARIOS

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Recuento de Leucocitos	6.13	x10^3mm^3	4.0 - - 10.0
% Neutrofilos	60.3	%	55.0 - - 65.0 %
% Linfocitos	27.2	%	25.0 - - 38.0 %
% Monocitos	7.0	%	3.0 - - 6.0 %
% Eosinofilos	5.1	%	2.0 - - 4.0 %
% Basofilos	0.4	%	0.0 - - 1.0 %
# Neutrofilos	3.70	x10^3mm^3	2.0 - - 7.50
# Linfocitos	1.67	x10^3mm^3	1.0 - - 4.00
# Monocitos	0.43	x10^3mm^3	0.20 - - 1.00
# Eosinofilos	0.31	x10^3mm^3	0.0 - - 0.50
# Basofilos	0.02	x10^3mm^3	0.0 - - 0.20
Recuento de Eritrocitos	5.01	x10^6/mm^3	3.80 - - 5.80
Hemoglobina	15.1	g/dl	H.14.0-17.0 Muj. 11.8-
Hematocrito	45.1	%	H.42.0-48.0 Muj. 38.0-
Volumen Corpuscular Medio	90.0	um^3	80 - - 90 um^3
HB Corspuscular Media	30.1	pg	26.0 - - 30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	33.5	g/dl	31.0 - - 34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	11.4	%	12.0 - - 16.0 %
Recuento de Plaquetas	338	x10^3/mm^3	150 - - 450
Volumen Plaquetario Medio	10.5	um^3	6.0 - - 15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	15.7	%	11.0 - - 18.0 %
Plaquetocrito	0.354	%	.150 - - .500 %

Fecha Validación:20/08/2026 11:14:04

VALIDADOR

EDNA ISABEL MUÑOZ BERMEO
BACTERIOLOGA
T.P. 01426

SEGUNDA VALIDACION

JENIFER PAOLA ALCAZAR
BACTERIOLOGA
T.P. 00071

"La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"

CLIPSALUD IPS S.A.S
EXAMEN DE OPTOMETRIA
Nit: 900304743-4

Nombre: Kelly Johanna Hermosa Torres
Fecha: 20/08/2026 12:00:00 AM **SID-VISIO : 54289**
No. Identificacion: 1117503693
Empresa PARTICULAR Particular
Edad: 38 Años **Sexo:** Femenino
Cargo / Tipo: INSTRUCTOR Pre-Ingreso



Cargo: INSTRUCTOR Area: No Refiere 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: 3 AÑOS Ultimo Diagnostico: Examen Normal

RX EN USO TIPO DE LENTE: NINGUNO

OD: No **AV:** No

OI: No **AV:** No

Sintomatologia: ASINTOMATICO

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:	20/20	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 **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		°	20/20
CERCA	DERECHO			°	
	IZQUIERDO			°	
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE: MONOFOCAL					
CLASE DE FILTRO: ANTIRREFLEJO					

Clasificación: **Emétrope**

Conducta: NO REQUIERE CORRECCION EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO

Impresion Diagnostica PACIENTE SANO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO

Observaciones: CONTROL EN UN AÑO, PAUSAS ACTIVAS, USO RX DE DESCANSO - FILTRO ANTIRREFLEJO.

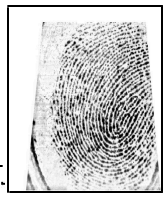
Gloria Espinosa

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

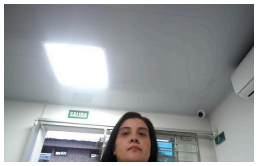
Sat Aug 2026 08/08/2

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

Thu Aug 2026 08/20/26 06:17:21



Indice Derecho



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:	Kelly Johanna Hermosa Torres	1117503693	44985
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	22/08/1988
Direccion:	B/ DIVISO | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
96285	Femenino	38	Años	Soltero	Postgrado	FLORENCIA(CAQ	20/08/2026 06:25:26

Objetivo:	**Pre-Ingreso**	**E.P.S.:**	SALUD TOTAL	**A.R.L.:**	REFIERE NO SABER	**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:

Thu Aug 2026 08/20/26 06:46:41
Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822

Thu Aug 2026 08/20/26 06:17:21
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

10014555

LABORATORIO CLINICO FAMI

FLORENCIA - CAQUETA

RESULTADOS DE LABORATORIO

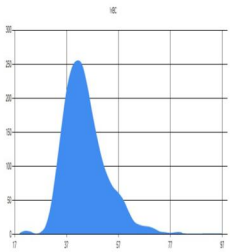
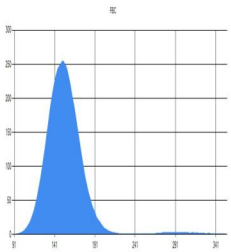
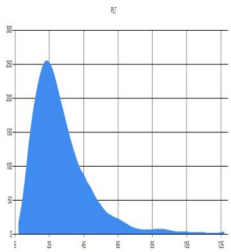
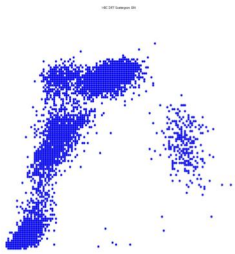
Orden No :	10014555	Fecha Recepción:	2026-08-20 10:32:27
Paciente:	**KELLY JOHANNA HERMOSA TORRES**	Fecha 1ra. Impresión:	2026-08-20 14:26:15.
Identificación:	1117503693 Edad/Sexo: 37 Años Femenino	Sede:	LABORATORIO CLINICO FAMI -
Teléfono:	NA	Servicio:	CONSULTA EXTERNA
Convenio:	CLIPSALUD SAS	Médico:	MEDICOS VARIOS

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

ANALISIS	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALO BIOLOGICO DE REFERENCIA
Recuento de Leucocitos	6.13	x10^3mm^3	4.0 - - 10.0
% Neutrofilos	60.3	%	55.0 - - 65.0 %
% Linfocitos	27.2	%	25.0 - - 38.0 %
% Monocitos	7.0	%	3.0 - - 6.0 %
% Eosinofilos	5.1	%	2.0 - - 4.0 %
% Basofilos	0.4	%	0.0 - - 1.0 %
# Neutrofilos	3.70	x10^3mm^3	2.0 - - 7.50
# Linfocitos	1.67	x10^3mm^3	1.0 - - 4.00
# Monocitos	0.43	x10^3mm^3	0.20 - - 1.00
# Eosinofilos	0.31	x10^3mm^3	0.0 - - 0.50
# Basofilos	0.02	x10^3mm^3	0.0 - - 0.20
Recuento de Eritrocitos	5.01	x10^6/mm^3	3.80 - - 5.80
Hemoglobina	15.1	g/dl	H.14.0-17.0 Muj. 11.8-
Hematocrito	45.1	%	H.42.0-48.0 Muj. 38.0-
Volumen Corpuscular Medio	90.0	um^3	80 - - 90 um^3
HB Corspuscular Media	30.1	pg	26.0 - - 30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	33.5	g/dl	31.0 - - 34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	11.4	%	12.0 - - 16.0 %
Recuento de Plaquetas	338	x10^3/mm^3	150 - - 450
Volumen Plaquetario Medio	10.5	um^3	6.0 - - 15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	15.7	%	11.0 - - 18.0 %
Plaquetocrito	0.354	%	.150 - - .500 %

Fecha Validación:20/08/2026 11:14:04

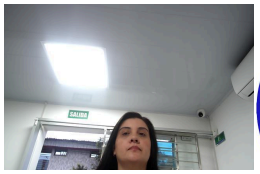
VALIDADOR

EDNA ISABEL MUÑOZ BERMEO
BACTERIOLOGA
T.P. 01426

SEGUNDA VALIDACION

JENIFER PAOLA ALCAZAR
BACTERIOLOGA
T.P. 00071

"La interpretación de este y todo examen de Laboratorio corresponde exclusivamente al médico"



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:
Kelly Johanna Hermosa Torres

Ciudad de Realización Examen:
FLORENCIA(CAQUETÁ, COLOMBIA)

Documento de Identificación			
Tipo:	CC	**Número:**	1117503693
Fecha Nacimiento:			22/08/1988

Dirección: **B/ DIVISO | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere**

Ingreso Nro.	Género:	Edad:		Nivel Educativo:	Fecha Realización Examen
96285	Femenino	38	Años	Postgrado	Dia **20** Mes **08** Año **2026**

E.P.S.:	SALUD TOTAL	**A.R.L.:**	REFIERE NO SABER	**A.F.P.:**	PORVENIR
Clasificación del Riesgo:	CLASE I	**Estado Civil:**	Soltero	**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):2d8864420112a929219ebc53de3ed4b8d8f02db02da081370a017aad0442317db68e660d30f1d99f22bb6d1b10692420

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 RESTRICCIONES MÉDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

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 .

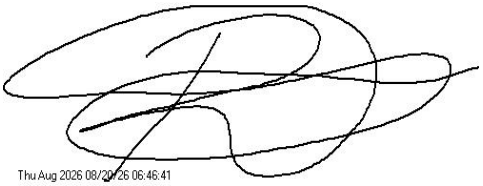
RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: HABITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA, ACTIVIDAD FISICA AREOBICA, USO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE PESO, VALORACION EN SU EPS POR NUTRICION.

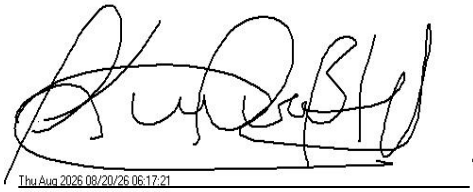
Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido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



Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822

20/08/2026 15:21:17

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:	Kelly Johanna Hermosa Torres	1117503693	44985
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	22/08/1988
Direccion:	B/ DIVISO | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
96285	Femenino	38 a	Soltero	2	Postgrado	FLORENCIA(CAQ	20/08/2026 06:25:26

Objetivo:	Pre-Ingreso	**E.P.S.:**	SALUD TOTAL	**A.R.L.:**	REFIERE NO SABER	**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:	☑		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			

POMEROY -

E. - ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS:

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

CICLO MENSTRUAL: REGULAR	G: 2 P: 2 A: 0 V: 2 C: 0 M: 0 E: 0
FECHA ULTIMA REGLA: 15 AGOSTO	PLANIFICACION FAMILIAR:
FECHA ULTIMA CITOLOGIA: 6 AÑOS	☑ METODO: POMEROY

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:	3 AÑOS	TIPO:	
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 REALIZA

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:	101 Cms
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
101 Kgs	168 Cms	35.8 k/m2	78 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
18 x minuto	119/78 mmHg	Grande	Bueno

LATERALIDAD: DIESTRO: ☑ ZURDO: ☐ AMBIDIESTRO: ☐

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

1. CABEZA	N	13. OIDOS:	N	25. T. INGUINALES:	X
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:	Normal	Emétrope
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	No Solicitado	76,02 mg/dl	AUDIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
COLESTEROL:	No Solicitado	Total: 204,92 mg/dl	TRIGLICERIDOS:	No Solicitado	108,55 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.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
2	[CIE1O No.E669]:OBESIDAD, NO ESPECIFICADA
3	-EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
4	
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: GENERALES: HABITOS SALUDABLES, DIETA BALANCEADA, ACTIVIDAD FISICA AREOBICA, USO DE EPP, HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, CONTROL DE PESO, VALORACION EN SU EPS POR NUTRICION.

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 ☐

Thu Aug 2026 08/20/26 06:46:41

Ronald Miguel Sotelo Marimon - C.C. 8853142 / RM: Registro Mèdico 18822

Firma del Paciente o Responsable

Thu Aug 2026 08/20/26 06:17:21

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: KELLY JOHANNA HERMOSA TORRES**,** identificado con **C.C. No. 1117503693**, 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 **21 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