

CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4
14A-56 FLORENCIA CAQUETA PBX: 4355072- 4347315 CEL: 3175176
BARRIO PORVENIR - www.clipsalud.com

	Identificacion	Codigo Unico Paciente:
Nombre Paciente: Juan Sebastian Trujillo Rojas	1117521909	32825
Empresa: PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	25/11/1991

Direccion: CALLE 15 # 4-05 B/ PORVENIR | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
78211	Masculino	33	Años	Union Libre	Postgrado	FLORENCIA	18/01/2025 07:59:05

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

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

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:

CONCEPTO INGRESO:

☑	APTO para el Cargo
☐	No APTO para el Cargo
☐	Aplazado

TRABAJOS ESPECIALES:

Alturas	
Espacios Confinados	
Manipulacion de Alimentos	

CONCEPTO EGRESO:

☐	Satisfactoria		
☐	No Satisfactoria		
Valoracion por:	E.P.S. ☐	A.R.L. ☐	

☐ **PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD** ☐ Reubicar Trabajador ☐ Continua en 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 INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ENFASIS CARDIOVASCULAR, OPTOMETRIA, PRUEBA PSICOLOGICA , CUADRO HEMATICO, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, GLICEMIA EN SANGRE.

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

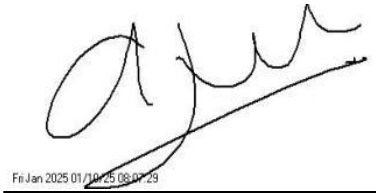
RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. SEGUN I.M.C.: Dieta , Ejercicio Regular.

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

18/01/2025 10:30:40

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



Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

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

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

Nombre: Juan Sebastian Trujillo Rojas
Fecha: 18/01/2025 12:00:00 AM **SID-VISIO : 43569**
No. Identificacion: 1117521909
Empresa: PARTICULAR/SENA Particular
Edad: 33 Años **Sexo:** Masculino
Cargo / Tipo: INSTRUCTOR Ingreso

Cargo: INSTRUCTOR Area: No Refiere Antiguedad: No Refiere



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 : Permanente Trae Rx: (●) Si ( ) No

Ultimo Examen: 5 MESES Ultimo Diagnostico: MIOPIA

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.:	20/20		20/25	0.5M	O.D.:	
O.I:	20/20		20/30	0.5M	O.I:	
A.O:	20/20		20/25	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: _____

OD: _____ **AV:** _____

OI: _____ **AV:** _____

Retinoscopia Observaciones: _____

VISION COLOR: OD: Normal **OI:** Normal

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

(●) Corregido ( ) No Corregido ( ) Mal Corregido

VIII. RX FINAL

DISTANCIA PUPILAR:			ALTURA:		
	OJO	ESFERICO	CILINDRICO	EJE	A.V.
LEJOS	DERECHO	-0.50		°	
	IZQUIERDO	-1.00		°	
CERCA	DERECHO			°	
	IZQUIERDO			°	
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE: MONOFOCAL					
CLASE DE FILTRO:					

Clasificación: **Amétrope Corregido**

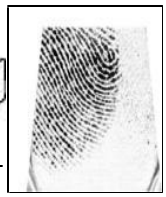
Conducta: PROBLEMA DE REFRACCION ADECUADAMENTE CORREGIDO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Impresion Diagnostica MIOPIA EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO.

Observaciones: USO DE EPP, USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE, CONTROL EN UN AÑO.

Evaluador: Jhon Fredy Cala Alvarez / 3251
Sat Jan 2025 01/18/25

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho

CLIPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: JUAN SEBASTIAN TRUJILLO ROJAS **SID : 36751**

No. Identificacion: 1117521909

Edad: 33 Años **Sexo:** Masculino

Nro. Ordenamiento: 87739 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 18/01/2025 07:24:20

Fecha de Impresion: 18/01/2025 12:46:21 pm

Entidad: PARTICULAR/SENA

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

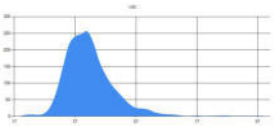
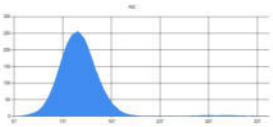
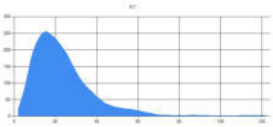
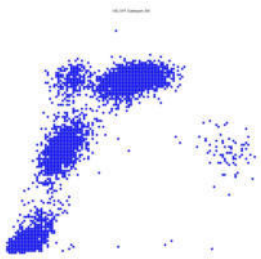
Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	134.00	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	**25.00**	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	118.00	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	23.6	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	85.4	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	5.4		0 - 5.7
2. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	78.00	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl

Validado:ANDREA DEL PILAR CRU
BACTERIOLOGA - Bacteriologa Ur

***** NOTAS IMPORTANTES *****
Información: Exámenes Pendientes CUADRO HEMATICO.

Order No.:	10090781	**Fecha Ingreso:**	2025-01-18 09:27:11
Paciente:	JUAN SEBASTIAN TRUJILLO ROJAS	**Fecha Impresión:**	2025-01-18 10:40:19.
Identificación:	CC 1117521909	**Edad/Sexo:**	33 / M
Convenio:	CLIPSALUD SAS	**Teléfono:**	SIN DATO
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA	
HEMATOLOGIA				
HEMOGRAMA				
Recuento de Leucocitos	**4.79**	x10^3mm^3	4.0 -	10.0
% Neutrofilos	**61.6**	%	55.0 -	65.0 %
% Linfocitos	**31.1**	%	25.0 -	38.0 %
% Monocitos	**5.5**	%	3.0 -	6.0 %
% Eosinofilos	**1.7**	%	2.0 -	4.0 %
% Basofilos	**0.1**	%	0.0 -	1.0 %
# Neutrofilos	**2.96**	x10^3mm^3	2.0 -	7.50
# Linfocitos	**1.49**	x10^3mm^3	1.0 -	4.00
# Monocitos	**0.26**	x10^3mm^3	0.20 -	1.00
# Eosinofilos	**0.08**	x10^3mm^3	0.0 -	0.50
# Basofilos	**0.00**	x10^3mm^3	0.0 -	0.20
Recuento de Eritrocitos	**4.86**	x10^6/mm^3	3.80 -	5.80
Hemoglobina	**15.3**	g/dl	H.14.0-17.0	Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	**43.4**	%	H.42.0-48.0	Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	**89.4**	um^3	80 -	90 um^3
HB Corspuscular Media	**31.4**	pg	26.0 -	30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**35.1**	g/dl	31.0 -	34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**10.7**	%	12.0 -	16.0 %
Recuento de Plaquetas	**301**	x10^3/mm^3	150 -	450
Volumen Plaquetario Medio	**9.6**	um^3	6.0 -	15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	**15.7**	%	11.0 -	18.0 %
Plaquetocrito	**0.289**	%	.150 -	.500 %

JENIFER PAOLA ALCAZAR
BACTERIOLOGA
T.P. 00071
Validación 18/01/2025 10.12

---COPIA---

VALORACIÓN PSICOLÓGICA

Nombre: JUAN SEBASTIAN TRUJILLO ROJAS

Edad: 33 AÑOS

18 DE ENERO 2025

El área emocional (Valor PAZ) es la más importante para JUAN SEBASTIAN TRUJILLO ROJAS.
El área menos importante es la intelectual (Valor VERDAD).
El predominio del valor verdad no es fundamental. La parte intelectual de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

El valor rectitud recibe una calificación dentro de lo esperado. La parte física de sus valores se muestra equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como compromiso, confiabilidad, deber, cumplir metas, respeto, responsabilidad y sacrificio.

La valoración de la paz es más alta que lo normal. Resalta la parte emocional de sus valores, dándole buena prioridad a 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.

El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia 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

EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Nit: 900304743-4

Nombre: Juan Sebastian Trujillo Rojas **Fecha:** 20/01/2025 **SID-AUDIO : 35186**

No. Identificacion: 1117521909 **Empresa:** PARTICULAR/SENA Particular

Edad: 33 Años **Sexo:** Masculino **Cargo / Tipo:** INSTRUCTOR 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: INSTRUCTOR
Ruido Laboral: No Refiere

Proteccion Auditiva Utilizada: No Refiere
Ultimo Examen de Audiometria: 1 AÑO
Reporte Ultimo Examen: NORMAL

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	

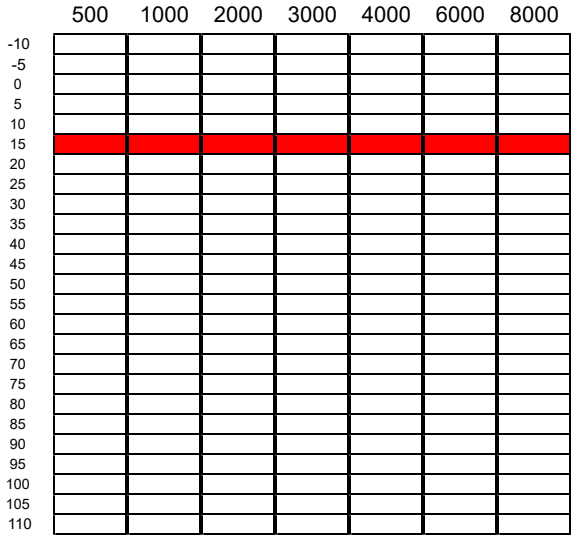
Reposo Auditivo: Si (◉) No (◯) Horas Reposo: 7 HORAS

Descripcion: _____ Audiocups: ☑

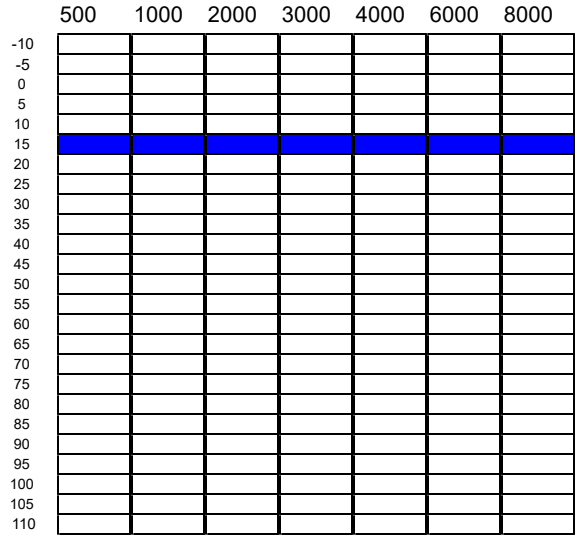
Equipo: MAICO MA 42 Fecha Calibracion: 07/03/2023 Cabina: ☑



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	15	15	15	15	15	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: ☐

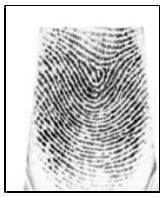
Control: En 1 Año: ☑ En 6 Meses: ☐ En 3 Meses: ☐



Evaluador: JANIER ALEXIS MORALES ESQUIVEL / TP 1115949488



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE



Indice Derecho

VALORACIÓN DE LAS CUALIDADES DE LA VOZ

1. DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN DONDE LABORA	
Fecha de evaluación	20/01/2025
Nombre del lugar de trabajo	SENA
Ciudad/Departamento	FLORENCIA, CAQUETA
Dirección	URBANO
Teléfonos	NO REFIERE

2. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJADOR						
Nombre	JUAN SEBASTIAN TRUJILLO ROJAS					
N0. Identificación	1,117,521,909					
Edad y Fecha de Nacimiento	25/11/1991 33					
Genero	MASCULINO					
cargo	INSTRUCTOR					
Tiempo laboral en la empresa						
Dirección de residencia	CLL 15 #4-05 EL POR VENIR					
Teléfonos	3143147788					
Tipo de examen	Ingreso ____	X	Periodico		Egreso	

3. ANTECEDENTES DE SALUD:					
	SI	**NO**		**SI**	**NO**
Alergias		X	Faringitis/laringitis		X
Rinitis	X	X	Tiroides		X
Reflujo faringolaringeo		X	Antecedentes respiratorios		X
Asma		X	Resfriados frecuentes		X
Disfonías recurrentes		X	Cirugías a nivel del cuello		X
OTROS:	Ninguno				

4. HABITOS					
	SI	NO		SI	NO

Fumador		X	Consume agua durante la jornada laboral	X	
Consume bebidas alcohólicas		X	Levanta la voz con frecuencia		X
Consume alimentos irritantes		X	Hace reposo vocal	X	
Consume café		X	Se estresa con facilidad		X
Carraspea constantemente		X	Esfuerza la voz		X
OTROS:	Ninguno				

5. SÍNTOMAS VOCALES					
	SI	NO		SI	NO
Siente que su voz suena ronca		X	Siente perdida de aire cuando habla		X
Alguna vez a presentado pérdida total de la voz (Afonía)		X	La voz suena distinta a lo largo del día		X
Carraspea constantemente		X	Siente que su garganta permanece seca y suena quebrada cuando habla y/o realiza su labor		X
Siente la Sensación de cuerpo extraño en la garganta		X	Siente la garganta tensa para producir la voz mientras habla y/o realiza su labor		X
Siente cansancio vocal cuando habla y/o realiza su labor (Fatiga vocal).		X	La calidad de la voz es impredecible mientras habla y/o realiza su labor		X

6. AUDICION					
	SI	NO		SI	NO
Ha sentido dificultad para percibir los sonidos del habla y del medio ambiente.		X	Ha estado expuesto a ruidos fuertes		X
Ha Sentido ruidos o pitos en el oído		X	Ha presentado vértigo o pérdida del equilibrio		X
Ha experimenta sensación de oído tapado		X	Utiliza prótesis auditiva		X
OTROS:	Ningun otro antecedente otologico importante				

7. EVALUACIÓN DEL APARATO RESPIRATORIO					
TIPO RESPIRATORIO		**MODO RESPIRATORIO**		**FRECUENCIA RESPIRATORIA**	
Costal superior		Bucal		Adecuada	X

Costal superior con clavicular de ascenso		Nasal	X	Rápida	
Costo diafragmático		Mixto		Lente	
Costo abdominal	X				
Abdominal					
OTROS:	Ninguno				

8. EVALUACIÓN DEL APARATO FONADOR					
Evaluación perceptivo-auditiva de las cualidades vocales					
Tono		**Timbre**		**Intensidad**	
Agudo		Disfónico		Fuerte	
Grave	X	Nasal		Adecuada	X
		Claro	X	Débil	
Calidad Vocal		**Inicio de emisión**		**Final de emisión**	
Normal	X	Normal	X	Adecuado	X
Áspera		Débil		Caído	
Asténica		Fuerte		Trunco	
Con tensión vocal					
Otros elementos sonoros		**Velocidad del habla**		**Coordinación Neumofonoarticulatoria**	
Carraspeo		Normal	X	Adecuada	X
Respiración audible		Lento		Incoordinación moderada	
Agitada		Rápida		Incoordinación severa	
No Agitada	X				

TIEMPOS FONATORIOS:								
TMF /s/ (20-30):	**1.**	32.03	**2.**	35.95	**3.**	26.19	Promedio:	28.39
TMF /a/ (18-20):	**1.**	31.81	**2.**	22.83	**3.**	29.3	Promedio:	27.98
Indices s/z: <u>TMF /s/</u> TMF /a/	Normal (1.4 - 1.5)							
	Alterados							

CONCEPTO FONOAUDIOLOGICO: Caracteristicas acusticas de la voz dentro de parametros de normalidad.

NOTA: Se dan recomendaciones sobre pautas higiene vocal, explicación de ejercicios de relajación muscular, hidratacion frecuente y de calentamiento vocal y la importancia de conservar la voz.

OBSERVACIONES FONOAUDIOLOGICAS	
TIEMPOS FONATORIOS	Normal.
VALORACIÓN DE VOZ NORMAL	Voz normal
VALORACIÓN DE VOZ ANORMAL	No
VALORACION POR OTORRINO	No



FIRMA DEL PROFESIONAL

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2026-000011

Certifico que el señor (a) contratista J**uan Sebastián Trujillo Rojas,** identificado con **C.C. No. 1117521909**, 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 **12 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