CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2026-000011

Certifico que el señor (a) contratista: **Luis Miguel Murcia Diaz,** identificado con **C.C. No. 1117969145**, 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 **28 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

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 Miguel Murcia Diaz	1117969145	13490
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	16/07/1992
Direccion:	CRA 2H N 12A-15 ABBAS TURBAY | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
85106	Masculino	33 a	Soltero	0	Profesional Universitario	FLORENCIA(CAQ	02/09/2025 06:28:54

Objetivo:	Pre-Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INVESTIGADOR LOCAL
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE II		**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
INDEPEDNINTE	INVESTIGADOR	0	☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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:	☑	Tio(a)	HIPERTENSION ARTERIAL:	☐	
DIABETES:	☑	Abuela	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			

CX HERNIA UMBILICAL

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:	☐	METODO:	No Aplica							
FECHA ULTIMA CITOLOGIA:	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:	TIPO:	
ACTIVIDAD CULTURAL:	◉ Si	◯ No
ACTIVIDAD DEPORTIVA:	◉ Si	◯ No
SEDENTARIO PURO:	◯ Si	◉ No
SEDENTARIO:	◯ Si	◉ No

Habitos Riesgosos

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

Otros: _____

Especifique:

CROSFY, SENDERISMO

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:	88 Cms		
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
88 Kgs	180 Cms	27.2 k/m2	68 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
18 x minuto	138/75 mmHg	Mediano	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:	A
3. PARPADOS	N	15. TIMPANOS:	N	27. T. VAGINAL:	A
4. CONJUNTIVAS	N	16. CUELLO:	N	28. T. RECTAL:	A
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:	No Solicitado	No Solicitado
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	Normal	Emétrope
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	No Solicitado	No Solicitado	AUDIOMETRIA:	Normal	Normal
COLESTEROL:	No Solicitado	Total: No Solicitado	TRIGLICERIDOS:	No Solicitado	No Solicitado
			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.]R635:AUMENTO ANORMAL DE PESO
2	-EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
3	
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, VISIOMETRIA, PRUEBA PSICOLOGICA , EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CUADRO HEMATICO.

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.

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 Aug 2025 08/20/25 08:41:05

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

Tue Sep 2025 09/02/25 06:02:45

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: LUIS MIGUEL MURCIA DIAZ CC 1117969145

Fecha: 02/09/2025 06:04:53

SID: **40200** Orden Nro. 95520

Empresa: PARTICULAR

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	**02/09/2025**		
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	2 PISO
06:00 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometri	
07:00 am	CLAUDIA MARIA BERMEO PIMENTE	Audiometria	
07:00 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGR	Psicologia	
07:00 am	AURA JIMENA AGUIRRE	Medicina Ocupaciona	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	1
VISIOMETRIA	1
PRUEBA PSICOLOGICA	1
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOM	1
CUADRO HEMATICO	1
	5

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:
Luis Miguel Murcia Diaz

Ciudad de Realización Examen:
FLORENCIA(CAQUETÁ, COLOMBIA)

Documento de Identificación			
Tipo:	CC	**Número:**	1117969145
Fecha Nacimiento:			16/07/1992

Dirección: **CRA 2H N 12A-15 ABBAS TURBAY | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere**

Ingreso Nro.	Género:	Edad:		Nivel Educativo:	Fecha Realización Examen					
85106	Masculino	33	Años	Profesional Universitario	Dia	**02**	Mes	**09**	Año	**2025**

E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	POSITIVA	A.F.P.:	PORVENIR
Clasificación del Riesgo:	CLASE II	**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	INVESTIGADOR LOCAL	
NOMBRE DE LA EMPRESA:	**EMPRESA EN MISIÓN**	**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
PARTICULAR	**PARTICULAR**	8299-Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Código Único Concepto(CUC):55227490325309e34291c4cc92204a69471be3e4c3d57df93df7143ee38278c94c5bb8406e7d65fb883a0fd4254babda

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: AUDIOMETRIA OCUPACIONAL, VISIOMETRIA, PRUEBA PSICOLOGICA , EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CUADRO HEMATICO.

RESTRICCIONES

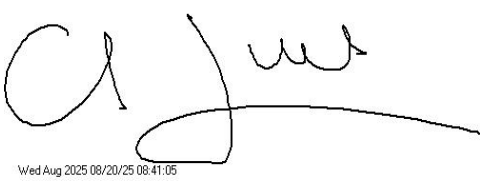
Ninguna para el Cargo

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.

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

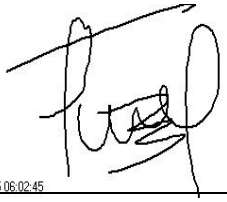


Wed Aug 2025 08/20/25 08:41:05

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

02/09/2025 15:16:41

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



Tue Sep 2025 09/02/25 06:02:45

Firma y Huella del Aspirante o Trabajador

Indice Derecho

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

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

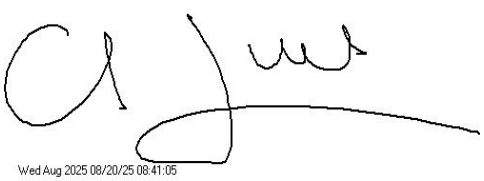
Nombre Trabajador o Aspirante:
Luis Miguel Murcia Diaz

Ciudad de Realización Examen:
FLORENCIA(CAQUETÁ, COLOMBIA)

Documento de Identificación			
Tipo:	CC	**Número:**	1117969145
Fecha Nacimiento:			16/07/1992

Dirección: **CRA 2H N 12A-15 ABBAS TURBAY | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere**

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.

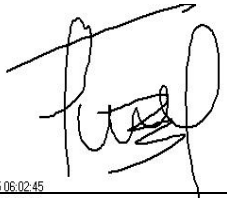


Wed Aug 2025 08/20/25 08:41:05

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

02/09/2025 15:16:41

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



Tue Sep 2025 09/02/25 06:02:45

Firma y Huella del Aspirante o Trabajador

Indice Derecho

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

CLIPSALUD IPS S.A.S

EXAMEN DE AUDIOMETRIA OCUPACIONAL

Nit: 900304743-4

Nombre: Luis Miguel Murcia Diaz **Fecha:** 02/09/2025 **SID-AUDIO : 38281**

No. Identificacion: 1117969145 **Empresa:** PARTICULAR Particular

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

I. Antecedentes de Exposicion Laboral al Ruido

Cargo Actual:

Ruido Laboral:

Cargo Anterior: guia de turismo

Empresa: reserva la avispa

Tiempo de Servicio:

Proteccion Auditiva:

Tiempo Servicio: 9 años, aprox.

Ruido Laboral:

Proteccion Auditiva Utilizada:

Ultimo Examen de Audiometria: nunca

Reporte Ultimo Examen:

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

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

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

V. Audicion

Considera que Oye Bien?: Si ● No ○

Hace Cuanto Tiempo:

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

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 ●

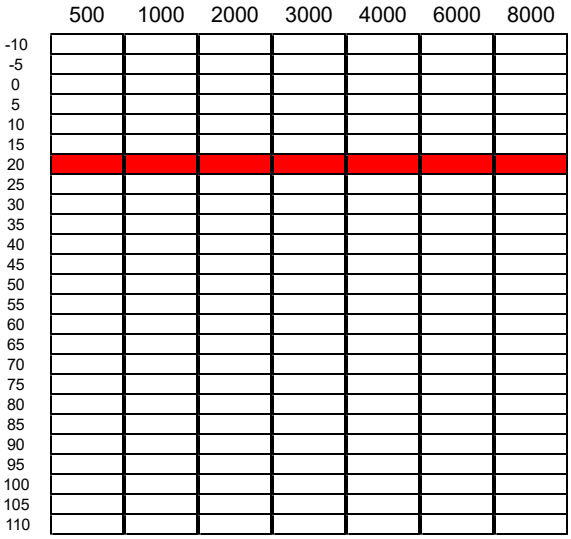
OTOSCOPIA		
PARAMETROS	**OIDO DERECHO**	**OIDO IZQUIERDO**
Conducto Auditivo Externo:	Normal	Normal
Membrana Timpanica:	Normal	Normal
Pabellon Auricular:	Normal	Normal
Sintomas Visuales - Sensoriales y Auditivos:		
Observaciones:	Ninguno	

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

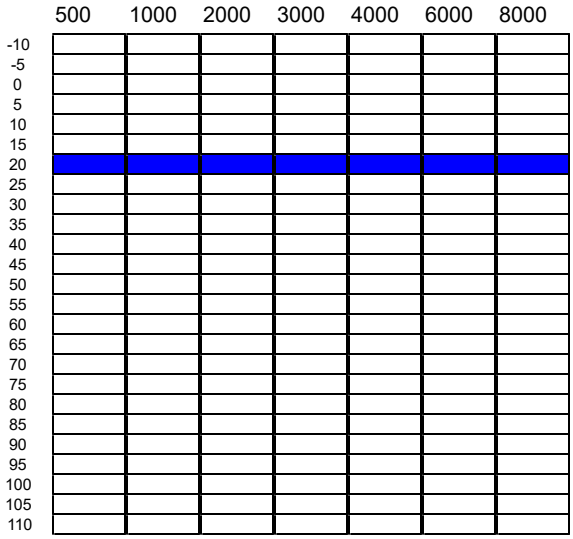
Descripcion: _____ Audiocups: ☑

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	20	20	20	20	20	20	20	20	20	dB
Oido Izquierdo	20	20	20	20	20	20	20	20	20	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: ☐

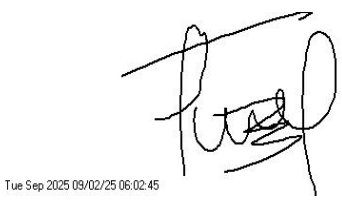
Limpieza Otica Bilateral: ☐ O.I.: ☐ O.D.: ☐

E.P.P. Auditiva:

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

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

Evaluador: CLAUDIA MARIA BERMEO PIMENTEL / TP 2700



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE

Indice Derecho

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

Nombre: Luis Miguel Murcia Diaz **Fecha:** 02/09/2025 12:00:00 AM **SID-VISIO : 47655**

No. Identificacion: 1117969145 **Empresa** PARTICULAR Particular

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

Cargo: investigador local 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 : NO APLICA Trae Rx: ◯ Si ◉ No

Ultimo Examen: 2016 Ultimo Diagnostico: Examen Normal

II. ANAMNESIS

Sintomatologia: ASINTOMATICO

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

COVER TEST: VL: ORTO VP: EXO

Motilidad Ocular: Normal PPC: Normal

OFTAMOSCOPIA: OD: SANO OI: SANO

VISION COLOR: OD: NORMAL OI: NORMAL

ESTEREOPSIS: Normal: x Anormal:

Clasificación **Emétrope**

Diagnostico PACIENTE SANO EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO

Conducta: NO REQUIERE CORRECCION EN OJO IZQUIERDO Y OJO DERECHO

Observaciones: CONTROL EN UN AÑO, USO DE EPP.

Gloria Espinosa

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en

FIRMA DEL PACIENTE

Indice Derecho

PRUEBA PSICOLÓGICA

Nombre: LUIS MIGUEL MURCIA DIAZ

Edad: 33 AÑOS

02 DE SEPTIEMBRE 2025

El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para LUIS MIGUEL MURCIA DIAZ.
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.

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.

La valoración de la paz no es tan prioritaria. La parte emocional de sus valores es puesta en segundo plano, dándole un poco menos importancia a cualidades como calma, concentración, paciencia, reflexión, satisfacción, y silencio interior.

Impacta en su vida el amor un poco más que al resto de la gente. Resalta la parte intuitiva de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amabilidad, amistad, ayuda, apoyo, compartir, compasión, cuidado, perdón, simpatía y tolerancia.

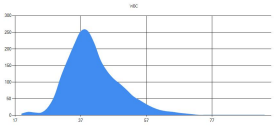
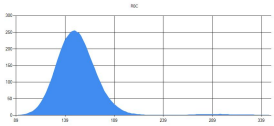
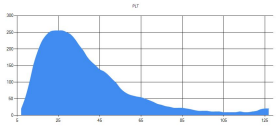
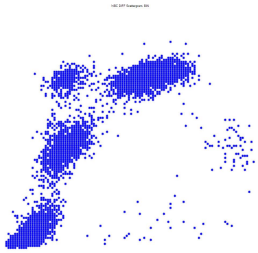
El valor no violencia está dentro de lo normal. La parte espiritual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.

Fernanda Prieto M.

FERNANDA PRIETO MONTEALEGRE
Psicóloga
T.P 199882

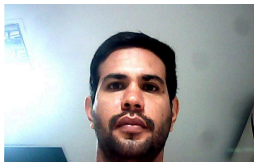
Order No.:	10085065	**Fecha Ingreso:**	2025-09-02 10:04:41
Paciente:	LUIS MIGUEL MURCIA DIAZ	**Fecha Impresión:**	2025-09-02 12:13:23.
Identificación:	CC 1117969145	**Edad/Sexo:**	33 / F
Convenio:	CLIPSALUD SAS	**Teléfono:**	3123702527
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
HEMATOLOGIA			
HEMOGRAMA			
Recuento de Leucocitos	**6.95**	x10^3mm^3	4.0 - 10.0
% Neutrofilos	**64.5**	%	55.0 - 65.0 %
% Linfocitos	**26.8**	%	25.0 - 38.0 %
% Monocitos	**6.9**	%	3.0 - 6.0 %
% Eosinofilos	**1.5**	%	2.0 - 4.0 %
% Basofilos	**0.3**	%	0.0 - 1.0 %
# Neutrofilos	**4.49**	x10^3mm^3	2.0 - 7.50
# Linfocitos	**1.86**	x10^3mm^3	1.0 - 4.00
# Monocitos	**0.48**	x10^3mm^3	0.20 - 1.00
# Eosinofilos	**0.10**	x10^3mm^3	0.0 - 0.50
# Basofilos	**0.02**	x10^3mm^3	0.0 - 0.20
Recuento de Eritrocitos	**5.23**	x10^6/mm^3	3.80 - 5.80
Hemoglobina	**15.8**	g/dl	H.14.0-17.0 Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	**45.9**	%	H.42.0-48.0 Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	**87.8**	um^3	80 - 90 um^3
HB Corspuscular Media	**30.1**	pg	26.0 - 30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**34.3**	g/dl	31.0 - 34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**11.6**	%	12.0 - 16.0 %
Recuento de Plaquetas	**214**	x10^3/mm^3	150 - 450
Volumen Plaquetario Medio	**11.8**	um^3	6.0 - 15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	**16.4**	%	11.0 - 18.0 %
Plaquetocrito	**0.252**	%	.150 - .500 %

JENIFER PAOLA ALCAZAR
BACTERIOLOGA
T.P. 00071
Validación 02/09/2025 11.41

---COPIA---



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 Miguel Murcia Diaz	1117969145	13490
Empresa:	PARTICULAR	**Fecha Nacimiento:**	16/07/1992
Direccion:	CRA 2H N 12A-15 ABBAS TURBAY | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
85106	Masculino	33	Años	Soltero	Profesional Universitario	FLORENCIA(CAQ	02/09/2025 06:28:54

Objetivo:	Pre-Ingreso	E.P.S.:	SANITAS	A.R.L.:	POSITIVA	Cargo:	INVESTIGADOR LOCAL
Contrato:		Clasificacion del Riesgo:	CLASE II			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 Aug 2025 08/20/25 08:41:05

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

Tue Sep 2025 09/02/25 06:02:45

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