CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2026-000011

Certifico que el señor (a) contratista: **Mario A. Holguin Rodríguez CC,** identificado con **C.C. No. : 1117837230** 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

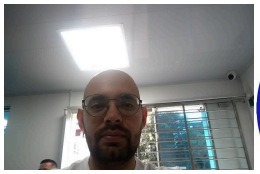
Documentos solicitados por el contratante acatando: "Exámenes Preocupaciones para Contratos de prestación de servicios personales emitido por la secretaria general". Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

La presente certificación se expide en la ciudad de Florencia, el 15 **de septiembre, 2026**

Cordial saludo



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



CLIPSALUD IPS S.A.S

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:
Mario Alejandro Holguin Rodriguez

Ciudad de Realización Examen:
FLORENCIA(CAQUETÁ, COLOMBIA)

Documento de Identificación			
Tipo:	CC	**Número:**	1117837230
Fecha Nacimiento:			17/04/1997

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

Ingreso Nro.	Género:	Edad:		Nivel Educativo:	Fecha Realización Examen
97089	Masculino	29	Años	Profesional Universitario	Dia **11** Mes **09** Año **2026**

E.P.S.:	SANITAS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**A.F.P.:**	COLPENSIONES
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/SENA	**PARTICULAR/SENA**	8299-Otras actividades de servicio de apoyo a las empresas n.c.p.

Código Único Concepto(CUC):afdc4de2a7031343c19c427a753c474847b401a648b95e606014f12dfbec424132e4990956286314c916f738c2fe7fb9

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

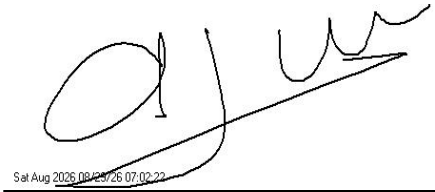
RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

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

11/09/2026 11:31:17

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

CLIPSALUD IPS S.A.S

Nit: 900304743-4

HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

PACIENTE: MARIO ALEJANDRO HOLGUIN RODRIGUEZ CC 1117837

Fecha: 11/09/2026 07:14:40

SID: **46472** Orden Nro. 108734

Empresa: PARTICULAR/SENA

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	**11/09/2026**		
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	1 PISO
07:14 am	ANA MARIA LLANOS	Otros Servicios	
08:05 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometri	
10:24 am	AURA JIMENA AGUIRRE	Medicina Ocupaciona	
11:31 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGR	Psicologia	

CONCEPTOS

Concepto	Cantidad:
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOM	1
OPTOMETRIA	1
GLICEMIA EN SANGRE	1
PERFIL LIPIDICO COMPLETO	1
CUADRO HEMATICO	1
ENFASIS CARDIOVASCULAR	1
PRUEBA PSICOLOGICA	1
	7

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

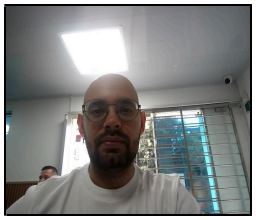
EXAMEN DE OPTOMETRIA

Nit: 900304743-4

Nombre: Mario Alejandro Holguin Rodriguez **Fecha:** 11/09/2026 12:00:00 AM **SID-VISIO : 54864**

No. Identificacion: 1117837230 **Empresa** PARTICULAR/SENA Particular

Edad: 29 Años **Sexo:** Masculino **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: VIDEOTERMINALES.

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

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

Ultimo Examen: 1 AÑO Ultimo Diagnostico: MIOPIA / ASTIGMATISMO

RX EN USO TIPO DE LENTE: MONOFOCAL

OD: No **AV:** No

OI: No **AV:** No

Sintomatologia: VISION BORROSA DE LEJOS

II. AGUDEZA VISUAL

Agudeza Visual	Con Correcion			Sin Correcion			PH	
Snellen Numeros		V. LEJANA	V. PROXIMA		V. LEJANA	V. PROXIMA		
	O.D.:	20/20	0.5M	O.D.:	20/400	0.5M	O.D.:	
	O.I:	20/20	0.5M	O.I:	20/400	0.5M	O.I:	
	A.O:	20/20	0.5M	A.O:	20/200	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: -3.00 **AV:** 20/20

OI: -3.00 **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	-2.75		°	20/20
	IZQUIERDO	-2.75		°	20/20
CERCA	DERECHO			°	
	IZQUIERDO			°	
PROXIMO CONTROL:					
TIPO DE LENTE: MONOFOCAL					
CLASE DE FILTRO: ANTIRREFLEJO					

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: PAUSAS ACTIVAS, USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE, VALORACION DE CONTROL ANUAL.

Evaluador: Gloria Leonor Espinosa Gonzales / 0372-Especialista en SST- Res. No. 0052
Tue Sep 2026 09/08/2

FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE
Fri Sep 2026 09/11/26 07:09:05



Indice Derecho

PRUEBA PSICOLÓGICA

Nombre MARIO ALEJANDRO HOLGUIN RODRIGUEZ

Edad: 29 AÑOS

11 DE SEPTIEMBRE 2026

El área intuitiva (Valor AMOR) es la más importante para MARIO ALEJANDRO HOLGUIN RODRIGUEZ. El área menos importante es la emocional (Valor PAZ). El valor verdad está dentro de la norma de la población. La parte intelectual de sus valores está equilibrada, dándole adecuada importancia a cualidades como veracidad, raciocinio, curiosidad y honestidad intelectual.

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 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

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:	Mario Alejandro Holguin Rodriguez	1117837230	45254
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	17/04/1997
Direccion:	B/VENTILADOR | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
97089	Masculino	29 a	Soltero	0	Profesional Universitario	FLORENCIA(CAQ	11/09/2026 07:51:18

Objetivo:	Pre-Ingreso	**E.P.S.:**	SANITAS	**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
SENA	INSTRUCTOR	INGRESO	☑	☐	☑	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL

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

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

B. - ENFERMEDAD PROFESIONAL: NO

C.- ANTECEDENTES FAMILIARES:

Composición Familiar: Nuclear

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

OTROS ANTECEDENTES: No Refiere Antecedentes

D. - ANTECEDENTES PERSONALES:

Patologicos:	☑		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			

ALOPEXIA

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:

GYM ,CROSFIT ,BALONCETSO

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:	71 Cms		
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
71 Kgs	169 Cms	24.9 k/m2	63 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
18 x minuto	107/57 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:	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	Amétrope Corregido
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	Normal	74,62 mg/dl	AUDIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
COLESTEROL:	Normal	Total: 135,64 mg/dl	TRIGLICERIDOS:	Normal	62,43 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	MIOPIA
2	[CIE1O No.Z100]:EXAMEN DE SALUD OCUPACIONAL
3	MIOPIA
4	
5	
6	

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

DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL:

RESTRICCIONES: Ninguna para el Cargo

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

Uso de correccion visual.

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 ☐

Sat Aug 2026 08/29/26 07:02:23

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

Fri Sep 2026 09/11/26 07:09:05

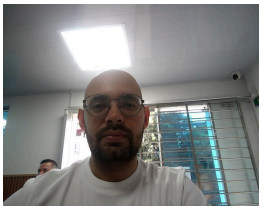
Firma del Paciente o Responsable

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

ClíPSalud

Nos movemos para que su empresa no se detenga



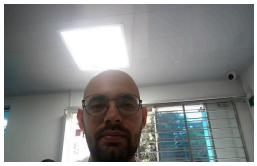
Nombre: MARIO ALEJANDRO HOLGUIN RODRIGI **SID : 46472**
No. Identificacion: 1117837230
Edad: 29 Años **Sexo:** Masculino
Nro. Ordenamiento: 108734 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 11/09/2026 07:14:44
Fecha de Impresion: 11/09/2026 02:20:37 pm
Entidad: PARTICULAR/SENA
Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. GLICEMIA **Metodo: Espectrofotometria**	74,62	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl
2. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	135,64	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	49,00	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	62,43	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	12.5	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	74.2	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	2.8		0 - 5.7

ANDREA CRUZ
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:	Mario Alejandro Holguin Rodriguez	1117837230	45254
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	17/04/1997
Direccion:	B/VENTILADOR | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
97089	Masculino	29	Años	Soltero	Profesional Universitario	FLORENCIA(CAQ	11/09/2026 07:51:18

Objetivo:	**Pre-Ingreso**	**E.P.S.:**	SANITAS	**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:

Sat Aug 2026 08:07:26 07:02:22

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

Fri Sep 2026 09/11/26 07:09:05

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