CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CIRCULAR 3-2026-000011

Certifico que el señor (a) contratista**: DIEGO F. BASTO VARON CC,** identificado con **C.C. No.: 1007267564** 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 20 **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

HOJA DE TRABAJO
SERVICIOS DE SALUD OCUPACIONAL

PACIENTE: DIEGO FERNANDO BASTO VARON CC 1007267564

Fecha: 16/09/2026 09:43:10

SID: **46608** Orden Nro. 108953

Empresa: PARTICULAR/SENA

Hora	Profesional / Empresa	Actividad	Notas
Fecha Cita:	**16/09/2026**		
INMEDIATO	LABORATORIO CLINICO	Laboratorio	1 PISO
07:42 am	ANA MARIA LLANOS	Otros Servicios	
09:15 am	GLORIA LEONOR ESPINOSA GONZ	Optometria/Visiometri	
11:30 am	FERNANDA PRIETO MONTEALEGR	Psicologia	
11:58 am	AURA JIMENA AGUIRRE	Medicina Ocupaciona	

CONCEPTOS

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

.

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:	Diego Fernando Basto Varon	1007267564	45305
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	18/01/1998
Direccion:	CL 16B 13A 38 BRR RINCON DE LA ESTRELLA | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Ref		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:	Estado Civil:	Nro. Hijos	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Ingreso:
97290	Masculino	28 a	Soltero	0	Profesional Universitario	FLORENCIA(CAQ	16/09/2026 10:29:46

Objetivo:	Pre-Ingreso	**E.P.S.:**	NUEVA EPS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE II		**Estrato:**	[2] - 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			

FRACTURA EN PIE IZQUIERDO A LOS 22 AÑOS SIN SECUELAS

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:			

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: No Refiere

Especifique:

FUTBOL

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:	76 Cms		
PESO:	TALLA:	I.M.C.:	F.C.:
76 Kgs	172 Cms	25.7 k/m2	78 x Minuto
F.R.:	T.A.:	BIOTIPO:	ESTADO GENERAL:
18 x minuto	131/87 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	Emétrope
SEROLOGIA:	No Solicitado	No Solicitada	VISIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
HEMOCLASIFICACION:	No Solicitado	No Solicitado	ESPIROMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
GLICEMIA:	Normal	88,90 mg/dl	AUDIOMETRIA:	No Solicitado	No Solicitado
COLESTEROL:	Normal	Total: 177,78 mg/dl	TRIGLICERIDOS:	Anormal	182,77 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	-EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION
2	[CIE1O No.T635]:EFECTO TOXICO DEL CONTACTO CON ANIMALES VENENOSOS: EFECTO TOXICO DEL CONTACTO CON PECES
3	[CIE1O No.]E785:HIPERLIPIDEMIA NO ESPECIFICADA
4	
5	
6	

EXÁMENES REALIZADOS:Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, ENFASIS CARDIOVASCULAR, PRUEBA PSICOLOGICA , OPTOMETRIA, GLICEMIA EN SANGRE, PERFIL LIPIDICO COMPLETO, 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...
Valoracion en eps para manejo de hallazgo en trigliceridos.
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 ☐

Mon Sep 21 2026 09:14:26 07:23:10

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

Wed Sep 2026 09/16/26 09:40:17

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

Nos movemos para que su empresa no se detenga



Nombre: DIEGO FERNANDO BASTO VARON **SID : 46608**

No. Identificacion: 1007267564

Edad: 28 Años **Sexo:** Masculino

Nro. Ordenamiento: 108953 Página 1 de 1

Fecha de Recepcion: 16/09/2026 09:43:13

Fecha de Impresion: 16/09/2026 05:21:39 pm

Entidad: PARTICULAR/SENA

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

Examen	Resultado	Unidad Medida	Valor Biologico de Referencia
1. GLICEMIA	88,90	mg/dl	Niños: 60 - 100 mg/dl - Adultos: 70- 110 mg/dl
Metodo: Espectrofotometria			
2. PERFIL LIPIDICO			
COLESTEROL TOTAL	177,78	mg/dl	0-199 mg/dl
COLESTEROL HDL	52,77	mg/dl	Alto riesgo de enfermedad coronaria: Menor de 40 mg/dl - Negativo para riesgo de enfermedad coronaria: Mayor de 60 mg/dl
TRIGLICERIDOS	182,77	mg/dl	0 - 150 mg/dl
COLESTEROL VLDL	36.6	mg/dl	0 - 40 mg/dl
COLESTEROL LDL	88.5	mg/dl	0 - 129 mg/dl
FACTOR DE RIESGO CORONARIO	3.4		0 - 5.7

ANDREA CRUZ

Validado:ANDREA DEL PILAR CRU

BACTERIOLOGA - Bacteriologa Ur

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

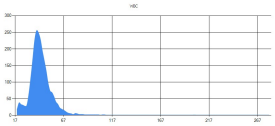
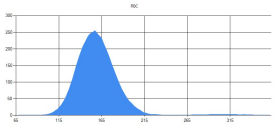
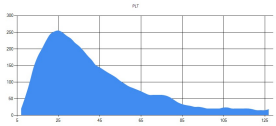
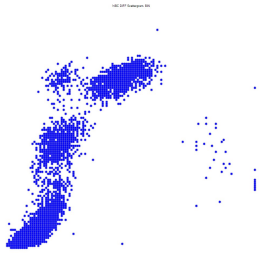
Información: Exámenes Pendientes CUADRO HEMATICO.

Order No.:	10023728	**Fecha Ingreso:**	2026-09-16 11:30:17
Paciente:	DIEGO FERNANDO BASTO VARON	**Fecha Impresión:**	2026-09-16 15:21:29.
Identificación:	CC 1007267564	**Edad/Sexo:**	28 / M
Convenio:	CLIPSALUD SAS	**Teléfono:**	NA
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Recuento de Leucocitos	**6.88**	x10^3mm^3	4.0 - 10.0
% Neutrofilos	**55.0**	%	55.0 - 65.0 %
% Linfocitos	**38.3**	%	25.0 - 38.0 %
% Monocitos	**5.6**	%	3.0 - 6.0 %
% Eosinofilos	**1.1**	%	2.0 - 4.0 %
% Basofilos	**0.0**	%	0.0 - 1.0 %
# Neutrofilos	**3.77**	x10^3mm^3	2.0 - 7.50
# Linfocitos	**2.64**	x10^3mm^3	1.0 - 4.00
# Monocitos	**0.39**	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	**5.13**	x10^6/mm^3	3.80 - 5.80
Hemoglobina	**15.7**	g/dl	H.14.0-17.0 Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	**48.0**	%	H.42.0-48.0 Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	**93.5**	um^3	80 - 90 um^3
HB Corspuscular Media	**30.6**	pg	26.0 - 30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**32.7**	g/dl	31.0 - 34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**12.1**	%	12.0 - 16.0 %
Recuento de Plaquetas	**185**	x10^3/mm^3	150 - 450
Volumen Plaquetario Medio	**12.7**	um^3	6.0 - 15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	**16.8**	%	11.0 - 18.0 %
Plaquetocrito	**0.236**	%	.150 - .500 %

EDNA ISABEL MUÑOZ
BACTERIOLOGA
T.P. 01426
Validación 16/09/2026 11.57

---COPIA---

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

Nombre: Diego Fernando Basto Varon **Fecha:** 16/09/2026 12:00:00 AM **SID-VISIO : 55026**
No. Identificacion: 1007267564 **Empresa** PARTICULAR/SENA Particular
Edad: 28 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: 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: 1 AÑO 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

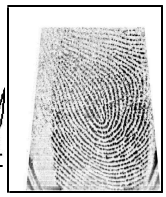
Observaciones: CONTROL EN UN AÑO, PAUSAS ACTIVAS, USO RX DE DESCANSO - FILTRO ANTIRREFLEJO.



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



FIRMA Y HUELLA DEL PACIENTE
Wed Sep 2026 09/16/26 09:40:17



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:	Diego Fernando Basto Varon	1007267564	45305
Empresa:	PARTICULAR/SENA	**Fecha Nacimiento:**	18/01/1998
Direccion:	CL 16B 13A 38 BRR RINCON DE LA ESTRELLA | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Ref		

Ingreso Nro.	Sexo:	Edad:		Estado Civil:	Nivel Educativo:	Ciudad:	Fecha Consulta
97290	Masculino	28	Años	Soltero	Profesional Universitario	FLORENCIA(CAQ	16/09/2026 10:29:46

Objetivo:	**Pre-Ingreso**	**E.P.S.:**	NUEVA EPS	**A.R.L.:**	POSITIVA	**Cargo:**	INSTRUCTOR
Contrato:		**Clasificacion del Riesgo:**		CLASE II		**Estrato:**	[2] - 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:

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

Firma del Paciente o Responsable

Wed Sep 2026 09/16/26 09:40:17

Indice Derecho

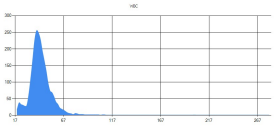
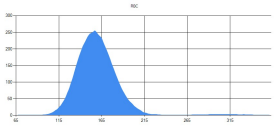
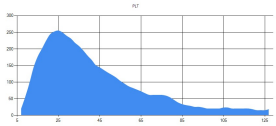
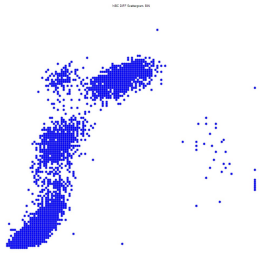
ESTA HISTORIA CLINICA NO REQUIERE FIRMA DEL PROFESIONAL O MEDICO QUE ATENDIO, DE ACUERDO AL ARTICULO 18 DE LA RESOLUCION 1995 DE 1999 DEL MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Impreso por: Generado por SGMI - TERRASOFT, NIT. 74814574-9

Order No.:	10023728	**Fecha Ingreso:**	2026-09-16 11:30:17
Paciente:	DIEGO FERNANDO BASTO VARON	**Fecha Impresión:**	2026-09-16 15:21:29.
Identificación:	CC 1007267564	**Edad/Sexo:**	28 / M
Convenio:	CLIPSALUD SAS	**Teléfono:**	NA
Médico:	MEDICOS VARIOS	**Sede:**	LABORATORIO CLINICO FAMI - SEDE

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

ANALITO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES DE REFERENCIA
Recuento de Leucocitos	**6.88**	x10^3mm^3	4.0 - 10.0
% Neutrofilos	**55.0**	%	55.0 - 65.0 %
% Linfocitos	**38.3**	%	25.0 - 38.0 %
% Monocitos	**5.6**	%	3.0 - 6.0 %
% Eosinofilos	**1.1**	%	2.0 - 4.0 %
% Basofilos	**0.0**	%	0.0 - 1.0 %
# Neutrofilos	**3.77**	x10^3mm^3	2.0 - 7.50
# Linfocitos	**2.64**	x10^3mm^3	1.0 - 4.00
# Monocitos	**0.39**	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	**5.13**	x10^6/mm^3	3.80 - 5.80
Hemoglobina	**15.7**	g/dl	H.14.0-17.0 Muj. 11.8-15.0
Hematocrito	**48.0**	%	H.42.0-48.0 Muj. 38.0-44.0
Volumen Corpuscular Medio	**93.5**	um^3	80 - 90 um^3
HB Corspuscular Media	**30.6**	pg	26.0 - 30.0 pg
Concentración HB Corpucular Media	**32.7**	g/dl	31.0 - 34.0 g/dl
Ancho Distribución Eritrocitaria	**12.1**	%	12.0 - 16.0 %
Recuento de Plaquetas	**185**	x10^3/mm^3	150 - 450
Volumen Plaquetario Medio	**12.7**	um^3	6.0 - 15.0 um^3
Ancho de Distribución Plaquetas	**16.8**	%	11.0 - 18.0 %
Plaquetocrito	**0.236**	%	.150 - .500 %

EDNA ISABEL MUÑOZ
BACTERIOLOGA
T.P. 01426
Validación 16/09/2026 11.57

---COPIA---

PRUEBA PSICOLÓGICA

Nombre DIEGO FERNANDO BASTO VARON

Edad: 28 AÑOS

16 DE SEPTIEMBRE 2026

El área espiritual (Valor NO VIOLENCIA) es la más importante para DIEGO FERNANDO BASTO VARON. 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.

Valora la no violencia un poco más que el resto de la gente. Resalta la parte espiritual de sus valores, dándole buena prioridad a cualidades como amor universal, aprecio por las demás culturas y creencias, hermandad, justicia social y unidad humana.



FERNANDA PRIETO MONTEALEGRE
Psicóloga
T.P 199882



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:
Diego Fernando Basto Varon

Ciudad de Realización Examen:
FLORENCIA(CAQUETÁ, COLOMBIA)

Documento de Identificación			
Tipo:	CC	**Número:**	1007267564
Fecha Nacimiento:			18/01/1998

Dirección: **CL 16B 13A 38 BRR RINCON DE LA ESTRELLA | Acompañante: NO REFIERE | Teléfono:No Refiere**

Ingreso Nro.	Género:	Edad:		Nivel Educativo:	Fecha Realización Examen					
97290	Masculino	28	Años	Profesional Universitario	Dia	**16**	Mes	**09**	Año	**2026**

E.P.S.:	NUEVA EPS	A.R.L.:	POSITIVA	A.F.P.:	PORVENIR
Clasificación del Riesgo:	CLASE II	**Estado Civil:**	Soltero	**Estrato:**	[2] - 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):32cfe444b37709abb656fd5dbfa182da1d3c41776ef68f0c60068ef92808b5b8fd0eab0438eb8bcabe2c3c03a615a8f2

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

☑ **SIN HALLAZGOS A LA EVALUACIÓN MÉDICA**

PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

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

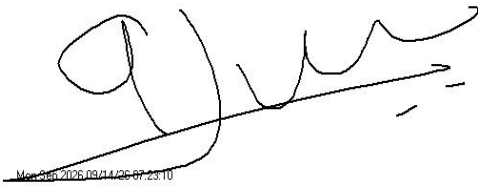
RESTRICCIONES

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.. Valoracion en eps para manejo de hallazgo en trigliceridos. . 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.



Mon Sep 2026 09:14:26 07:23:10

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

16/09/2026 17:18:24

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



Wed Sep 2026 09:16:26 09:40:17

Firma y Huella del Aspirante o Trabajador



Indice Derecho

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