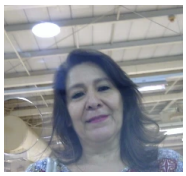
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA CALI SAN FERNANDO
DIRECCIÓN: Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando
CIUDAD DE LA SEDE:CALI
TELÉFONO:6024851895 - 6024853174
EMAIL:citas.cali2@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2025-12-05

Nombres y apellidos:LUZ MERY FERNANDEZ
Fecha de nacimiento:22/01/1969
Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:AUXILIAR CONTABLE
Departamento:VALLE
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

CC:31988015
Edad:56 **Sexo:**FEMENINO
Fecha ingreso:2025-12-05 / 09:39:37
Fecha salida:2025-12-05 / 09:48:28
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:NO REFIERE



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN OPTOMETRICO

CONCEPTO DE APTITUD:
: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

NATALIE CRISTINA DAVILA ARIAS
CC: 1130674318
RM: 765719
LIC-SST: 1003
Firma y sello del médico

LUZ MERY FERNANDEZ
CC: 31988015
Firma del paciente

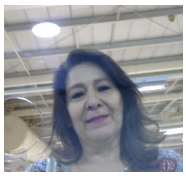
EXAMEN OPTOMETRICO

SEDE:CENDIATRA CALI SAN FERNANDO | **DIRECCIÓN:**Calle 5 # 38D-35, Éxito San Fernando | **CIUDAD DE LA SEDE:**CALI

TELÉFONO:6024851895 - 6024853174 | **EMAIL:**citas.cali2@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2025-12-05

CC:31988015
Nombres y apellidos:LUZ MERY FERNANDEZ
Fecha de nacimiento:22/01/1969
Edad:56 **Sexo:**FEMENINO **RH:**O +
Teléfono:3103909860
Nombre acompañante:NO REFIERE NO REFIERE
Departamento:VALLE
ARL:
Fondo de Pensiones:COLPENSIONES

Empresa:PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo:AUXILIAR CONTABLE
Fecha ingreso:05/12/2025
Fecha salida:05/12/2025
Teléfono acompañante:NO REFIERE
Actividad Económica:0010 - ASALARIADOS
EPS:NO REFIERE



ANTECEDENTES PERSONALES

SECCIÓN 1

DIABETES:	NO	
CIRUGÍA OCULAR:	NO	
GLAUCOMA:	NO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	SI	CONTROLA CON LOSARTAN DE 50 MG / 1 DIA
ALERGIAS:	NO	
OTROS:	SI	ULTIMO CONTROL VISUAL 6 ,ESES
¿PRESENTA CORRECCIÓN ÓPTICA DURANTE EL EXAMEN?:	SI	USA AGFAS SOLO PARA VER DE CERCA MONOFOCAL

MOTIVO DE CONSULTA

SECCIÓN 1

VISIÓN BORROSA:	NO
ARDOR:	NO
LAGRIMEO:	NO
ENROJECIMIENTO:	NO
PRURITO:	NO
CEFALEA:	NO
ASTENOPIA:	NO
SALTO DE RENGLON:	NO
FOTOFOBIA:	NO
SECRECIÓN:	NO
DOLOR OCULAR:	NO
VISIÓN DOBLE:	NO
INVERSIÓN DE NÚMEROS Y LETRAS:	NO
MAREO:	NO
VERTIGO:	NO
MIODESOPSIAS:	NO
OTROS:	

AGUDEZA VISUAL

VISIÓN LEJANA

SIN CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	20/25
CON CORRECCION OD VISIÓN LEJANA:	
SIN CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	20/30
CON CORRECCION OI VISIÓN LEJANA:	
SIN CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	20/25
CON CORRECCION AO VISIÓN LEJANA:	

VISIÓN PRÓXIMA

SIN CORRECCION OD:	2 MTS.
CON CORRECCION OD:	0.50 CM.
SIN CORRECCION OI:	2 MTS.
CON CORRECCION OI:	0.50 CM.
SIN CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	2 MTS.
CON CORRECCION AO VISIÓN PRÓXIMA:	0.50 CM.

ESTENOPEICO

SIN CORRECCION OD ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION OI ESTENOPEICO:	
SIN CORRECCION AO ESTENOPEICO:	

EXAMEN EXTERNO Y MOTOR

SECCIÓN 1

OD:	SEGMENTO ANTERIOR DE ASPECTO SANO
OI:	SEGMENTO ANTERIOR DE ASPECTO SANO

COVER TEST

SECCIÓN 1

LEJOS:	ORTHO
CERCA:	EXOF
HIRSCHBERG:	CENTRADO
P.P.C:	
MOTILIDAD OCULAR:	NORMAL

QUERATOMETRÍA

SECCIÓN 1

OD QUERATOMETRÍA:	NO APLICA
OI QUERATOMETRÍA:	NO APLICA

OFTAMOLSCOPIA

SECCIÓN 1

OD OFTAMOLSCOPIA:	SIN ALTERACION APARENTE
OI OFTAMOLSCOPIA:	SIN ALTERACION APARENTE

REFRACCÍON

OJO DERECHO

ESTÁTICA:
DINÁMICA:
CICLOPLEJÍA:

OJO IZQUIERDO

ESTÁTICA:
DINÁMICA:
CICLOPLEJÍA:

TEST ADICIONALES

SECCIÓN 1

TEXT ADICIONALES:	NO
VISIÓN CROMÁTICA:	NORMAL
ESTERIOPSIS:	NORMAL
TITMUS:	NO

RX EN USO

OD:
OI:

DIAGNÓSTICO

SECCIÓN 1

DIAGNÓSTICO 1:	Z010: EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISIÓN
DIAGNÓSTICO 2:	H524: PRESBICIA
DIAGNÓSTICO 3:	
DIAGNÓSTICO 4:	
DIAGNÓSTICO 5:	
OBSERVACIONES:	

RECOMENDACIONES

SECCIÓN 1

REQUIERE FORMULA:	NO	
CONTROL ANUAL:	SI	SE SUGIERE VALORACION ANUAL PREVENTIVA POR OPTOMETRIA, USO DE GAFAS SEGUN NECESIDAD Y USO DE EPP SEGUN EXPOSICION
VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA:	NO	
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	NO	

CARIDAD MARTINEZ C
Licencia SST
ESM-EMAVI
6 DE ENERO 2026

Angela Zuleta Tapasco
Optometra
RCP Tonometrico

ANGELA PATRICIA ZULETA TAPASCO
CC: 1088271702
RM: N/A
LIC-SST: N/A
Firma y sello del médico

LUZ MERY FERNANDEZ
CC: 31988015
Firma del paciente


TRÁMITES Y SERVICIOS
TU OPINIÓN CUENTA
Presidencia
PACO PORTAL ANTICORRUPCIÓN DE COLOMBIA
Secretaría de Transparencia
Inicio
PACO
Presupuesto Transparente
Reporte
EcoControl
Indicadores
Contacto
Denuncie
porte > Contratista
Reporte
Contrat
La CC/NIT que ha buscado
No evidencia contratación en el SECOP.
Cerrar
queda
hCaptcha
Privacidad - Condiciones
31988015

La República de Colombia

Ministerio de Educación Nacional, y en su nombre

La Universidad Santiago de Cali

Confiere el Título de

Administradora de Empresas

a

Luz Mery Fernández

Identificado con C.C. No. 31.988.015 - Cali

En testimonio de ello se expide el presente Diploma en Santiago de Cali, Valle del Cauca, el día 14 del mes de Febrero de 1992

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
Administración de Empresas
y Contaduría Pública
1986

Decano de la Facultad

DECANO

Rector de la Universidad

Secretario General de la Universidad

La Gobernación del Departamento del Valle del Cauca.
Por delegación del Gobierno Nacional, reconoce este
Diploma para efectos legales, y se anota al folio 160-015.
del Libro 071 de Registro de Diplomas, en Cali, a los
5 días del mes de Octubre de 1992.

Secretario de Educación

Central de Metales & Cia. S. en C.S.
Gilberto Velásquez B.
CENTRO DE ACOPIO - FUNDADO EN 1.956

CERTIFICACION LABORAL

El Departamento de Recursos Humanos de CENTRAL DE METALES Y CIA S EN C.S con Nit. 890.303.284-5 certifica que el señora **LUZ MERY FERNÁNDEZ,** identificada con cédula de ciudadanía No. 31.988.015, laboro en nuestra empresa del 8 de Junio de 2016 al 30 de Enero de 2017 desempeñando el cargo de Asistente Administrativa.

Para constancia, se firma en Santiago de Cali, a los 30 días del mes de Enero de 2017

Cordialmente,

WILLIAM MARIN R

Gerente

Calle 33 No. 7-14 Tels.: 443 1514 - 448 5970 - 448 6727 Fax: 448 1807 Cali - Colombia

LLANTAS EMOTION SAS

CERTIFICA:

Que, el (la) señor(a) **LUZ MERY FERNANDEZ,** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. 31.988.015 laboró en la empresa desde el 22 de marzo de 2018 hasta el 28 de mayo de 2019 desempeñando el cargo de **ASISTENTE DE GERENCIA**, con un contrato de trabajo a término indefinido y devengando un salario de $1.500.000 (UN MILLÓN QUINIENTOS MIL PESOS MCTE.) mensuales.

La presente certificación se expide a solicitud, a los treinta y un (31) días del mes de mayo (05) del año dos mil diecinueve (2019).

Cordialmente,

EMOTION LLANTAS S.A.S
NIT. 901.220.253-9

LINA FERNANDA SANCHEZ.
Auxiliar de Recursos Humanos

Química Suiza Industrial
de Colombia SA
Carrera 11 Calle 87 - 51
Oficina 301
Bogotá D.C. - Colombia
www.qsindustrial.biz

T +57-1 650 25 88
F +57-1 650 25 88 ext.164

C E R T I F I C A C I O N

Nos permitimos certificar que la señora **LUZ MERY FERNANDEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No. 31.988.015 de Cali, trabajó con la empresa **QUIMICA SUIZA INDUSTRIAL DE COLOMBIA**, con un contrato a término indefinido desde el 16 de Octubre del 2009 hasta el 30 de mayo de 2014, desempeñando el cargo de **ASISTENTE DE CARTERA.**

Durante el tiempo de servicios la señora **Fernandez**, demostró ser una persona honesta, responsable, dinámica y cumplidora de las responsabilidades asignadas.

La presente se expide a solicitud del **INTERESADO**, a los Diez (10) días del mes de Junio del año dos mil catorce (2014).

Cualquier información adicional, con gusto les será suministrada.

Cordialmente,

QUIMICA SUIZA INDUSTRIAL DE COLOMBIA
Nit: 900.508.208-1

ANGEL MENDOZA
Representante Legal

FORMULARIO DE EXPERIENCIA DEL PROPONENTE

Proceso de Contratación No. 004-01-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026

Proponente: LUZ MERY FERNANDEZ

CONTRATO No.	CONTRATANTE	OBJETO	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	PARTICIPACION DEL PROPONENTE (I) (P) Y %	VALOR TOTAL DEL CONTRATO

(I) INDIVIDUAL
(P) PLURAL

Declaro bajo la gravedad de juramento, comprometiendo mi responsabilidad personal e institucional, que la información antes consignada es totalmente cierta y puede ser verificada.



Nombre: LUZ MERY FERNANDEZ
Documento de Identidad: 31.988.015

FORMATO DE CERTIFICADO PARA ACREDITAR ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

Santiago de Cali, Enero 15 de 2026

Señores

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – ESCUELA MILITAR DE AVIACION
Santiago de Cali

Referencia: Proceso de Contratación No. 004-01-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026

Yo, LUZ MERY FERNANDEZ**, declaro** y acepto conocer íntegramente el contenido de todas y cada una de las especificaciones técnicas, así como de las **ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS REQUERIDAS** detalladas en la invitación pública, que rige el proceso de selección No. 004-01-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026
y contenidos en el punto 3 ESTUDIO TECNICO del Estudio Previo**.**

De igual manera, manifiesto haber efectuado en forma personal, un análisis detallado, minucioso y exhaustivo de las especificaciones técnicas contenidas en No. 004-01-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026 **lo que indica expresamente, que bajo ningún motivo me exonero de la responsabilidad que me acude a su cumplimiento**.

Con la suscripción del presente Anexo, en forma voluntaria e irrevocable, **ACEPTO** las especificaciones técnicas mínimas requeridas planteadas por **MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL – FUERZA AEROESPACIAL COLOMBIANA – ESCUELA MILITAR DE AVIACION,** en el anexo y especificaciones técnicos establecidas y demás que puedan surgir a partir de las diferentes adendas generadas en desarrollo del proceso; en consecuencia, **ME COMPROMETO A DARLES ESTRICTO CUMPLIMIENTO.**

DESCRIPCIÓN	ACEPTACIÓN EXPRESA
ESPECIFICACIONES TÉCNICAS DETALLADAS EN No. 004-01-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026 ESPECIFICACIONES del proceso de selección No. 004-01-MDN-CGFM-DIGSA-FAC-JEFSA-EMAVI-ESM-2026**,** cuyo objeto es: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTIÓN DE 02 ASISTENTES ADMINISTRATIVOS Y/O CONTABLES O ÁREAS AFINES PARA EL ÁREA ADMINISTRATIVA DEL ESTABLECIMIENTO DE SANIDAD MILITAR - EMAVI	**SI ACEPTO LAS ESPECIFICACIONES TÉCNICAS, ASÍ COMO EL PLAZO Y LUGAR DE EJECUCIÓN**

Para constancia de lo anterior, se firma el presente documento en Santiago de Cali, a los 15 días del mes de Enero de 2026.
Atentamente,



Nombre: LUZ MERY FERNANDEZ
Documento de Identidad: 31.988.015

Carné Digital de Vacunación Colombia

Esquema de Vacunación

Salud

VACCINATION CERTIFICATE - COLOMBIA

QR DE AUTENTICIDAD

ID: 40203bee-1edc-47dc-b1d1-4ffbc2031b45

Nombres y apellidos / Full name: **LUZ MERY FERNANDEZ**

Tipo de identificación / ID Type: **CÉDULA DE CIUDADANÍA**

Número de identificación / ID Number: **3 1 9 8 8 0 1 5**

Fecha de nacimiento / Date of birth: **22/01/1969**

País nacimiento / Country of birth: **COLOMBIA**

Número de contacto (móvil) / Phone number: **NO REGISTRA**

Correo electrónico / e-mail:

Datos de Vacunación / Vaccination detail

Vacuna / Vaccine	Dosis / Doses	Fecha de aplicación / Date of vaccination			Laboratorio / Laboratory	Número de Lote / Vaccine Batch	IPS Vacunadora / Administering Center	Nombres y apellidos del vacunador / Full name Vaccinator
		Dia / Day	Mes / Month	Año / Year				
COVID ASTRAZENECA	Primera	15	6	2021	Oxford-AstraZeneca	ABX6491	CALI CENTRO DE SALUD SILOE	LEIDY NATALIA PALTA COLLAZOS
COVID ASTRAZENECA	Segunda	6	9	2021	Oxford-AstraZeneca	77786	CALI AMIGOS DE LA SALUD AMISALUD SAS	MARIA ALEJANDRA VERNAZA DIAZ
COVID ASTRAZENECA	Primer Refuerzo	6	1	2022	Oxford-AstraZeneca	NN0224	CALI AMIGOS DE LA SALUD AMISALUD SAS	JENNY LICETH WALTEROS CORREA
Fiebre Amarilla	Única	9	12	2025	Sanofi Pasteur	Y3D02	CALI CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO - CALI	LEIDI JOHANNA ARROYAVE MOSQUERA - CC1111746268 - Activo

El Ministerio de Salud y Protección Social certifica que los datos aquí dispuestos fueron extraídos del Sistema deInformación **PAIWEB** del **Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI.**

Este Certificado Digital de Vacunación acredita que la persona identificada ha recibido las dosis del esquema de vacunación aquí descritas.

Para validar la autenticidad de este documento, por favor escanee el código QR que debe abrir la página.

El carné podrá presentar actualizaciones de conformidad con el registro de la información de la vacunación que realizan los prestadores de servicios de Salud y Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud.

The Ministery of Health and Social Protection certifies that the information in this document was extracted from **PAIWEB**, according to the Wide **Program of Inmunization - PAI** (by its acronym in spanish: Programa Ampliado de Inmunización)

This Digital Certificate of Vaccination certifies that the holder of this document has received the doses of the vaccination schedule as it is described here.

To validate the authenticity of this document, please scan the QR code that should open the page.

The card can be updated based on vaccination information records maintained by healthcare institutions and health service plan administrators.