REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 18.926.992

FERNANDEZ GONZALEZ

APELLIDOS

OSCAR

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 27-OCT-1974

GAMARRA
(CESAR)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.73 ESTATURA | B+ G.S. RH | M SEXO

27-NOV-1992 AGUACHICA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0300150-00130647-M-0018926992-20081122 0006695315A 2 1030029300

Powered by CamScanner

IPS E&G medicos
Atención Integral en Medicina General y del Trabajo

LSO: 1200 - NIT: 900704496-6
Tel: 5654122 Cels: 3184023305
Correo: egmedicos123@outlook.es
www.eygmedicos.com
Carrera 21 No. 5-21 Aguachica - Cesar



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 52.652

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	01 MES	2026 AÑO	AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULAR	PARTICULAR

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

81 - PERSONAS NATURALES Y SUCESIONES ILÍQUIDAS SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
FERNANDEZ GONZALEZ OSCAR	MASCULINO	51 AÑOS 2 MESES 19 DÍAS	CC (Tipo)	18926992 (Número)

Cargo

INSTRUCTOR

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

N/A NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
NINGUNA		

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

VISIOMETRÍA PRUEBA (TAMIZ) FUNCIÓN VISUAL	✓	VALORACION PSICOLOGICA	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MUSCULOESQUELETICO-PSICOSOCIAL	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
REMISIÓN EPS : MEDICINA GENERAL	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	PAUSAS ACTIVAS	HACER DEPORTE
	HIGIENE POSTURAL	
	SVE VISUAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL VISUAL ANUAL EN SU EPS
USO DE CORRECCION OPTICA PARA VP
VALORACION EN SU EPS POR ALTERACION DE NIVELES DE GLUCOSA EN SANGRE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



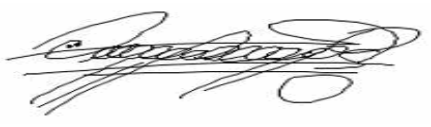
Firma:

Nombre: CC: 55249776 - ORIETTA MARGARITA CAMACHO

R. M.: 9539 **L.S.O.:** 9253

Código de Seguridad
B3H1N52652

Aspirante o Trabajador

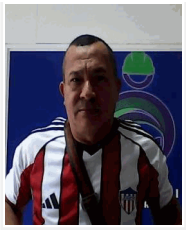


Firma:

Nombre: FERNANDEZ GONZALEZ OSCAR

CC: 18926992

IPS A Prueba Aguachica E.U.
NIT: 900.218.061-1
Cll 3 # 15 - 71
Cel: 310 375 1767
email: ipsaprueba.aguachica@hotmail.com
knoriega77@hotmail.com



AUDIOMETRIA

DATOS PERSONALES — **Atención N°: 14554**

Fecha: 27/02/2026 **Ciudad:** AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE PRE-INGRESO **Eps:** NUEVA EPS
CC: 18926992 **Nombre:** FERNNADEZ GONZALEZ OSCAR **Edad:** 51 AÑOS 4 MESES 1 DÍAS **Genero:** MASCULINO
Fecha Nacimiento: 27/10/1974 **Empresa:** SENA CENTRO AGROEMPRESARIAL AGUAC **Ocupacion:** INSTRUCTOR

ANTECENDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Proteccion	Tolerancia	Años	Meses
NO REPORTA	NO REPORTA	NINGUNA	NO APLICA	0	0

ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOACUSIA SUBJETIVA	NO REFIERE
TRAUMA	NO REFIERE	ACÚFENOS	NO REFIERE
CIRUGÍA	NO REFIERE	OTROS	
INGESTA OTOTÓXICOS	NO REFIERE		

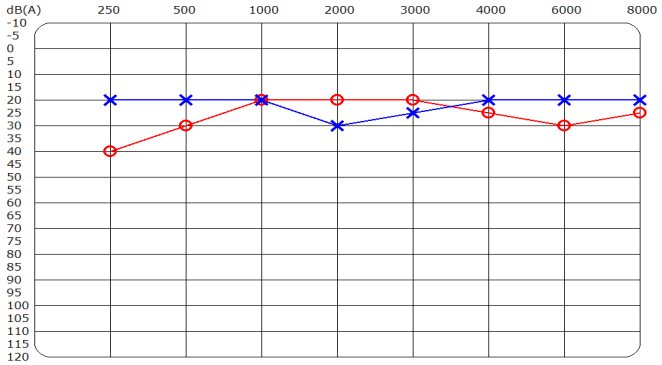
EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
TEJO	NO REFIERE	POLÍGONO	NO REFIERE
MOTO	NO REFIERE	AUDÍFONOS	NO REFIERE
DISCOTECA	NO REFIERE	OTRO	
SERVICIO MILITAR	NO REFIERE		

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

Descanso auditivo(Horas) : **Realizó re test:** NO **Uso Cabina Sonoamortiguada:** NO
Marca y Referencia audiometró utilizado: OSCILLA USB-350B **F. Ultima Calibración:** 2024-08-01

O : Vía aérea del OD
X : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)
> : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)



OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

dB(A)	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
VAOD	40	30	20	20	20	25	30	25
VAOI	20	20	20	30	25	20	20	20

PTA Oido derecho: 22.50 **PTA Oido izquierdo:** 23.75

SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) **Oído izquierdo:** Normal(0 - 25 dB)

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

Observaciones

AUDICION NORMAL A NIVEL BILATERAL
SE REALIZA LIMPIEZA DE LOS EQUIPOS (OTOSCOPIO Y AUDIOMETRO)

FONOAUDIÓLOGO



Firma:
Nombre: CC: 1065916773 - GEOVANNA ALEJANDRA VELA
R. M.: 7945 **L.S.O.:**

Código de Seguridad
L952R2X14554

TRABAJADOR



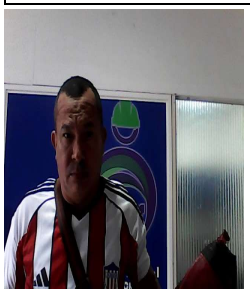
Firma:
Nombre: FERNNADEZ GONZALEZ OSCAR
CC 18926992

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

IPS A PRUEBA AGUACHICA EU
CLL 3 N° 15 - 71 - 3103751767
AGUACHICA - CESAR
NIT 900.218.061-1
Registro IPS No. 200110162201
RESOLUCIÓN DE MINTRANSPORTE No. 4775 11/11/2011

ISO/IEC 17024:2012
11-CEP-018

Informe No. 46229-A	Certificación No. 27022026-45257	No. RUNT 3	27/02/2026



27/02/2026 08:45:41



Izquierdo



Derecho

Cédula de Ciudadanía 18926992 Expedido en: GAMARRA
FERNANDEZ GONZALEZ OSCAR
Sexo : Masculino
Fecha Nacimiento: 27/10/1974 (51 años) Lugar AGUACHICA
Escolaridad : Secundaria
Ocupación : INSTRUCTOR
Dirección : CARRERA 37 N 10-50
Teléfono(s) : 3145283186 Móvil:
Ciudad : AGUACHICA
Vence : 26/02/2027

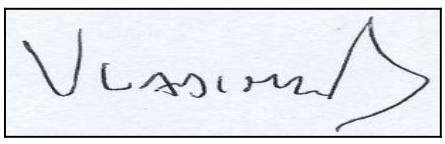
Teniendo en cuenta que el profesional certificador del CRC revisó los resultados obtenidos por el candidato identificado en este certificado el cual fue evaluado bajo los requisitos de la resolución 217 del 31 de enero de 2014 en su anexo I y la NTC-ISO/IEC 17024 de 2013 y obtuvo concepto aprobatorio en todas las evaluaciones emite el presente Certificado de Aptitud Física, Mental y de Coordinación Motriz bajo las siguientes condiciones:

Categoría	Trámite	Restricciones	Estado
PSICOSENSOMETRICO	**20-Expedicion Inicial**	**Ninguna**	**APTO**

Prueba	Resultado	Observaciones
COORDINACION MOTRIZ	Cumple	[2026-02-27 08:55:11, RODRIGUEZ CARDOZO SANDRA PATRICIA] -> El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolucion 217 del 2014.

Sin novedades

Profesional Certificador: BORNACELLY BARROS VLADIMIR



R.M. 1105



Huella Certificador

Firma Evaluado: _____

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información suministrada a los profesionales de la salud durante las evaluaciones visual, auditiva, psicológica y medica es cierta y veraz y asumo toda responsabilidad que se genere como consecuencia de dicha información, así mismo me comprometo a reportar cualquier reducción o cambio en las condiciones físicas, mentales y de coordinación motriz bajo las cuales se emitió este certificado.
ME COMPROMETO A NO DIVULGAR MATERIALES DEL EXÁMEN CONFIDENCIALES NI TOMAR PARTES FRAUDULENTAS DEL EXÁMEN.

Este certificado tiene vigencia de 365 días calendario, a partir de su fecha de expedición, según lo establecido en la resolución 1298 del 27 de abril de 2018.

HISTORIA PSICOLOGICA OCUPACIONAL

Ciudad y Fecha	AGUACHICA- CESAR 15/01/2026 08:20 AM

DATOS GENERALES

NOMBRE	OSCAR FERNADEZ GONZALES	# Documento	18926992
Edad:	51	Lugar de residencia	AGUACHICA CESAR

Ultimo Nivel de estudios				Estado civil			
Primaria incompleta		Tec/Teg completo		Soltero(a)		Separado (a)	
Primaria completa		Profesional incompleto		Casado (a)		Divorciado (a)	
Bachiller incompleto		Profesional completo	X	Unión Libre	X	Viudo (a)	
Bachiller completo		Postgrado incompleto				Sacerdote/Monja	
Tec/Teg Incompleto		Postgrado completo		# de personas que dependen del candidato			2
Ninguno							

Tipo de vivienda			Estrato de los servicios públicos de su vivienda			
		Propia		1	Estrato	
	X	En arriendo			Finca	
		Familiar			invasion	
Otra					No sabe	

Evaluación		Pre - Ocupacional		Ocupacional		Pos - Ocupacional	X	Valoracion Psicologica

DATOS OCUPACIONALES

Nombre del cargo a ocupar	INSTRUCTOR							
Area de trabajo	Superficie	X	Subsuelo		Alturas			
Nombre de la empresa	SENA							
Ha trabajado previamente con la empresa	SI		Cuando?	8 AÑOS				
Edad en que empezó a trabajar	16	Años		Meses				
Actividades desarrolladas a nivel laboral	OFICIOS VARIOS							
Tiempo de experiencia específica		Años		Meses				
Problemas personales en los anteriores empleos que halla afectado la continuación del mismo	NO			preferencia en la realización del trabajo		X	Equipo	
Motivo de la terminación del trabajo anterior	TERMINACIÓN DE CONTRATO.						Solo	
Identifica claramente los peligros y riesgos a los cuales se ha expuesto en el desarrollo de sus actividades laborales						X	Sí	
							No	
Ha sufrido AL		si		Ha sido dx(a) con EL			Sí	
	X	no				X	No	
Participación en gremios Sindicales		si	Ausentismo laboral	si		causa:		
	X	no		no				

FACTORES EXTRALABORALES

Relaciones familiares	PACIENTE MANIFIESTA TENER BUENAS RELACIONES FAMILIARES E INTERPERSONALES, SE BASAN EN LA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y EL RESPETO MUTUO, LO QUE PUEDE INFLUIR POSITIVAMENTE EN SU ESTABILIDAD EMOCIONAL Y BIENESTAR, EN EL AMBITO LABORAL.

El rol del candidato(a) en la familia es el que:	X	Toma deciciones		Provee económicamente a la familia
		Autori y econo compartida		Asume la crianza de los hijos
Historia familiar con problemas psicológicos		Si	Si la respuesta es SI especificar	
	X	No		
Problemas emocionales en la actualidad		Si	Si la respuesta es SI especificar	
	X	No		
Frente a las relaciones sociales el/la candidata(o) se muestra:	X	Seguro		Ambivalente
		Preocupado		Irresuelto
Pasatiempos	DEPORTES	Evitativo		

Adicciones		Si	**Consumo de alcohol**			**Fuma**	Si
	X	No		Si	**Problemas presentados**	X	No
				No			
			Ocasionalmente	X			

Tipo de exámen realizado

Realización de exámenes complementarios		Si	Personalidad Sustancias e Inteligencia		Cuestionario Sintomas Neurotoxicos	
		No	Psicologia para Alturas			
Nombre del Instrumento	ENTREVISTA PSICOLOGÍCA		Semiestructurada	X		

FACTORES PERSONALES

Detección de indicadores psicopatológicos: Si [ ] No [X]

							Afectividad	
Porte y actitud	X	Adecuado		Inadecuado	**Atención**		X	Eutimia
Pensamiento	X	Adecuado		Inadecuado		con dificultad		hepertimia
Memoria	X	Adecuado		Inadecuado	X	sin dificultad		hipotimia
Sueño		Adecuado	X	Inadecuado	**Orientación**			
Sensopercepción	X	Adecuado		Inadecuado	X	autosiquica	**Discurso**	
Juicio	X	Adecuado		Inadecuado		alopsiquica	X	Adecuado
					Conciencia			Inadecuado
Comportamiento	X	Seductor		Desconfiado	X	Lucidez		
		Timido		Arrogante		Somnolencia		
		Agresivo		Colaborador				

CONCLUSIONES	**RECOMENDACIONES**				
EL PACIENTE DEMUESTRA SER APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO DEBIDO A SUS HABILIDADES, EXPERIENCIA Y CARACTERISTICAS PERSONALES.	Perfil psicológico	X	Apto		Apto con preexistencia
			No Apto		Tramite no resuelto
			Aplazado		Apto provisorio
			Apto psicologicamente para trabajo en espacios confinados		
			Apto psicologicamente para trabajo en alturas		
			Apto psicologicamente para trabajo bajo presion		
			Apto para trabajo con agentes neurotoxicos		

Recomendación particular:

Nombre del evaluador:	Sergio Andrés Florez	
# de identificación	1.003.245.579 de Aguachica	
TP - L.S.O	253785	

IPS E&G medicos
Atención Integral en Medicina General y del Trabajo

LSO: 1200 - NIT: 900704496-6
Tel: 5654122 Cels: 3184023305
Correo: egmedicos123@outlook.es
www.eygmedicos.com
Carrera 21 No. 5-21 Aguachica - Cesar



EXAMEN DE VISIOMETRÍA PRUEBA (TAMIZ) FUNCIÓN VISUAL

DATOS PERSONALES

Atención Nº: 10,510

Fecha: 15/01/2026 **Municipio:** AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA) **CC:** 18926992 **Nombre:** FERNANDEZ GONZALEZ OSCAR **Edad:** 51 AÑOS 4
Genero: MASCULINO **Profesión o Cargo:** INSTRUCTOR **Empresa:** PARTICULAR
Eps: NUEVA EPS **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO **F. Último Examen:** 3 AÑOS
Lugar del Último Examen: AGUACHICA **Motivo Consulta:** EXAMEN DE INGRESO

ANTECEDENTES FAMILIARES	
ENFERMEDAD CORONARIA	NO REFIERE
HIPERTENSION ARTERIAL	NO REFIERE
OTRO	UTILIZA LENTES PARA VP
ANTECENDENTES OCULARES	
ARDOR EN LOS OJOS	NO REFIERE
AURAS DE DIFERENTES COLORES	NO REFIERE
DOLOR OCULAR	NO REFIERE
FATIGA OCULAR	NO REFIERE
FLASHES DE LUZ	NO REFIERE
GOLPES EN O CERCA DE LOS OJOS	NO REFIERE
INFECCIONES RECURRENTES	NO REFIERE
MOLESTIA DE LUZ (FOTOFOBIA)	NO REFIERE
MOSCAS VOLANTES (MIODESOPSIAS)	NO REFIERE
OJO ENROJECIDO	NO REFIERE
OPERACIONES OCULARES	NO REFIERE
VISIÓN DOBLE (DIPLOPIA)	NO REFIERE
QUEIATOCONO	NO REFIERE
CATORATA	NO REFIERE
RETINOPATIA	NO REFIERE
GLAUCOMA	NO REFIERE
DESPERENDIMIENTO RETINA	NO REFIERE
AMBLIOPÍA	NO REFIERE
ESTRABISMO	NO REFIERE
TOXOPLASMOSIS	NO REFIERE
OTROS	

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN		AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN	AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA	20/20	2M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
O.I:	NO APLICA	20/20	2M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A
A.O:	NO APLICA	20/20	2M	N/A	NO APLICA	N/A	N/A

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H524	PRESBICIA	AMBOS	Enfermedad general	PRINCIPAL

DISPOSICION

CONTROL EN 1 AÑO
CORRECCIÓN OPTICA PARA VP

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

SE RECOMIENDA CONTROL VISUAL ANUAL POR SU EPS-
SE REALIZO LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS VISUALES-

OPTOMETRA



Firma:

Nombre: CC: 52195784 - MARIS NUÑEZ

R. M.: 1497 **L.S.O.:**

Código de Seguridad

O3U3A10510

PACIENTE



Firma:

Nombre: FERNANDEZ GONZALEZ OSCAR

CC: 18926992