

## Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 65631 | RUNT No: 30010907 | Fecha de Expedición: 04/11/2022 | Fecha de Vencimiento: 03/05/2023

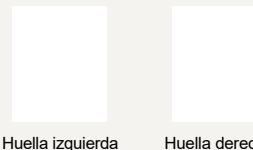
### SER CONDUCTOR IBAGUE

Dirección: Calle 60 cra 5 edificio caminorte antiguo transito barrio la floresta - IBAGUÉ

NIT: 9003297038 | Teléfono: 7443330

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 7300102131-01

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 1924 20-06-2011



04/11/2022 11:50:34 a.m.

### Información del Candidato

Nombre: WILLIAM FABIAN MORALES VIDALES

Fecha de nacimiento: 08/11/1986

Documento: CC 1110460269

Ocupación: Otros

Teléfono: 0

Dirección: CAMINOS DEL BOSQUE APT 403 B 2

Gs/Rh: A+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa **INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD INPROSALUD S A S** propietaria del **SER CONDUCTOR IBAGUE**

### Certifica Ante las Autoridades de Tránsito

#### Alcance Territorial

El definido por el Ministerio de Transporte y publicado en el Registro Único Nacional de Transporte -RUNT- en el campo de Información Certificados Médicos/Organismo de Transito.

1. Que el candidato solicitó ser evaluado y certificado conforme a nuestro esquema de certificación de la aptitud física, mental y coordinación motriz (desarrollado en apego a la Res. 0217:2014 del Ministerio de Transporte y sus anexos), bajo las siguientes características:

#### Alcance de Certificación

| Grupo de Categorías | Categoría | Servicio | Tipo de Trámite |
|---------------------|-----------|----------|-----------------|
| Grupo 2             | C1        | PUBLICO  | Refrendación    |

2. Que basado en la información del "Informe de evaluación de la aptitud física, mental y coordinación motriz" se verificó si los resultados obtenidos por el candidato dan cumplimiento a los criterios de aprobación del esquema de certificación y se encuentran dentro de los parámetros y límites establecidos en el anexo 1 de la Res. 0217:2014.

3. Que conforme a lo anterior se concluye que el candidato posee la aptitud física, mental y de coordinación motriz que se requiere para conducir un vehículo en los siguientes términos:

**Categoría:** C1

**Resultado de proceso de certificación:** APROBADO

**Atestación de certificación:** APTO

**Restricciones, limitaciones o adaptaciones:** No tiene

4. Que según lo establecido en la misma resolución, se le practicaron los exámenes:

- Evaluación de Capacidad Visual, con resultado: APTO.
- Evaluación de Capacidad Auditiva, con resultado: APTO.
- Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz, con resultado: APTO.
- Evaluación de Capacidad Física General, con resultado: APTO.

**Observaciones:** El candidato cumple con los requisitos de aptitud física, mental y de coordinación motriz exigidas en la resolución 5228 de 2016 y el anexo 1 de la Resolución 0217 de 2014 del Ministerio de Transporte. por lo que se considera APTO para la conducción de vehículo automotor.

**Certificador:** LUISA FERNANDA RAMOS FLOREZ      **Nº de tarjeta profesional:** 180606

#### Firma del evaluado

Firma

Huella

"Declaro bajo la gravedad de juramento, que he participado en todo el proceso de certificación de conductores y que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico, corresponden estrictamente apego a la verdad. Declaro que he recibido a conformidad el Certificado expedido por el Centro de Reconocimiento de Conductores y que no presentaré declaraciones relativas a la certificación diferentes del alcance para el cual se otorgó la certificación."

Vigencia del Certificado: 180 Días Calendario



Código de Seguridad

**B1267H33N9197**



**DATOS PERSONALES**

Municipio: IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)

Fecha y Hora: martes, 14 de febrero de 2023 11:26:01 a.m.

Nombres y Apellidos: MORALES VIDALES WILLIAM FABIANI

CC: 1110460269 Género: MASCULINO

F. Nacimiento: 08/11/1986 Edad: 36 AÑOS 3 MESES 6 DÍAS Entidad: INPROSALUD SAS

**Orden de Servicio N°: 9197**

**RESULTADOS DEL LABORATORIO**

**HEMATOLOGÍA**

**SUSTANCIAS PSICOACTIVAS X 2**

**PSICOACTIVAS X 2 SUSTANCIAS ( COCAINA Y MARIHUANA EN ORINA)**

**TÉCNICA ENSAYO INMUNOCROMATOGRÁFICO**

| METABOLITO                    | RESULTADO | VALOR DE REFERENCIA |
|-------------------------------|-----------|---------------------|
| COCAINA                       | NEGATIVO  | NEGATIVO            |
| THC CANABINOIDES<br>MARIHUANA | NEGATIVO  | NEGATIVO            |

**Claudia Patricia Mesa Mejía**  
 Bacteriólogo(a) RP: 10038



## INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD S.A.S

NIT. 900.329.703-8

Tel. 60+1+7443330 - E-mail. comercial@inprosalud.com.co  
www.inprosalud.com.co

Funza 2528602304-05 - Madrid 2543002304-06 - Ibagué 7300102131-01  
Montería 2300101408-01 - Ubaté 2584302304-01 - Cauca 051541204201  
OE 20 053801204204 - Palermo 415980130002 - Cartagena 1300102263



Nº 19.018

### CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

|  |           |   |                           |   |  |                             |            |
|--|-----------|---|---------------------------|---|--|-----------------------------|------------|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN   |           |   |                           | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL<br><b>EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO</b> |  |                             |            |
| 04<br>DÍA  | 11<br>MES | 2022<br>AÑO   | IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA) |   |  |                             |            |
| Ciudad   |           |   |                           |   |  |                             |            |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE  |           |   |                           |   |  |                             |            |
| PARTICULARES CONTADO   |           |   |                           | PARTICULARES  |  |                             |            |
| Nombre de la empresa   |           |   |                           | Empresa en misión   |  |                             |            |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)  |           |   |                           |   |  |                             |            |
| MORALES VIDALES WILLIAM FABIANY  |           |   |                           | Genero  | Edad                                     | Documento de Identificación |            |
|  |           |   |                           | MASCULINO   | 36 AÑOS 3 MESES<br>6 DÍAS                | CC                          | 1110460269 |
| Apellidos y Nombres  |           |   |                           |   |  | Tipo                        | Número     |
| Cargo<br><b>CONDUCTOR</b>  |           |   |                           |   |  |                             |            |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br><b>APLAZADO HASTA VALORACION POR EL ESPECIALISTA.</b>   |           |   |                           |   |  |                             |            |
| Observaciones: <b>HASTA REPORTE DE LABORATORIOS</b>  |           |   |                           |   |  |                             |            |
| N/A  |           | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |                           |   |  |                             |            |
| RESTRICCIONES LABORALES  |           |   |                           | TIPO  | RECOMENDACIONES                          |                             |            |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES  |           |   |                           | NO APLICA   | NO APLICA                                |                             |            |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:   |           |   |                           |   |  |                             |            |
| EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEO muscular   |           |   |                           | ✓   | DROGAS EN ORINA X2 (COC-MAR) LABORATORIO | ✓                           |            |
| DROGAS EN ORINA X2 (COC-MAR) TEST RAPIDO   |           |   |                           | ✓   | -----                                    |                             |            |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS  |           | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES   |                           |   | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES      |                             |            |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES  |           |   |                           |   |  |                             |            |
| PACIENTE QUIEN NO TIENE REPORTE DE LABORATORIOS POR TAL MOTIVO NO SE GENERA CONCEPTO DE APTITUD.   |           |   |                           |   |  |                             |            |
| 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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. |           |   |                           |   |  |                             |            |
| Médico   |           |   |                           | Aspirante o Trabajador  |  |                             |            |
|  |           |   |                           |   |  |                             |            |
| Firma: _____   |           |   |                           | Firma: _____  |  |                             |            |
| Nombre: MORENO GALINDO YENI SONIDIA  |           |   |                           | Nombre: MORALES VIDALES WILLIAM FABIANY                                   |  |                             |            |
| R. M.: 3566/2005   |           | L.S.O.: 1004/2019   |                           | Código de Seguridad   | CC: 1110460269                           |                             |            |
| D820J1P19018   |           |   |                           |   |  |                             |            |