

## 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

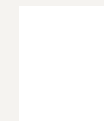
### SER CONDUCTOR IBAGUE

**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



Huella izquierda



Huella derecha



### 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 Tránsito.

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.

**Firma del evaluado**

**Certificador:**

LUISA FERNANDA RAMOS FLOREZ

**N° de tarjeta profesional:**

180606

**Firma y Huella del Certificador**

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 apegos 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



**DATOS PERSONALES**

**Orden de Servicio N°: 9197**

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

**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 MARIHUANA	NEGATIVO	NEGATIVO

Claudia Patricia Mesa Mejia  
Bacteriólogo(a) RP: 10038



**CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL**

**N° 19.018**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	11 MES	2022 AÑO	IBAGUÉ (TOLIMA, COLOMBIA)	EXAMEN OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO 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 6 DÍAS	CC	1110460269
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo <b>CONDUCTOR</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL <b>APLAZADO HASTA VALORACION POR EL ESPECIALISTA.</b>							
Observaciones: <i>HASTA REPORTE DE LABORATORIOS</i>							
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 OSTEOMUSCULAR				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 GENERO 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	
				<b>D820J1P19018</b>			

