



CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ
Según lo establecido por la Resolución 002377 de 2014, expedida por el Ministerio de Transportes

ORGANISMO CERTIFICADOR: EVALUAMOS CONDUCTORES IPS SAS NIT: 900468646

CENTRO DE EVALUACIÓN: EVALUAMOS CONDUCTORES IPS SAS

Dirección:	Calle 57 No. 2D - 25 Piso 2 Y 3, Cali, Valle del Cauca
Teléfono:	3421451
Habilitación Ministerio Transportes:	003336
Sed. Salud - Registro Habilitación:	700010150801
Acreditación:	11CEP051

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA

	Nombres		JUAN CARLOS	
	Apellidos		AGUDELO GIL	
	Tipo Identificación		CC	
	N° Identificación		71644735	
	Grupo Sanguíneo RH		B +	
	Fecha de Nacimiento		1964/06/15	
	Edad		56	
	Sexo		M	
	Estado Civil		Casado(s)	
	Nivel Educativo		Universitario	
Formación		CONSTRUCTOR		
EPS		EPS SURIA		
Regimen de Afiliación		Contributivo		
Dirección		C/ 18 # 35-25		
Teléfono		3173726730		
Códigos Residencia		Cali		
Número de Factura		306		
Fecha de Emisión		25/08/2020 12:15:44		

Condición caso de emergencia y/o acompañante:	Juanes aguado
Teléfono (Contacto caso de emergencia y/o acompañante)	3162229608
Parentesco (Contacto caso de emergencia y/o acompañante)	Hermano
Fecha recibo vigente	12-06-24
Fecha vencimiento	21-02-2021 12-06-24
N° de Reconocimiento	12153

Temática	Categoría	Grupo	Concepto	N° Resultado	N° convalidación
Reconocimiento	C1	1	APTO	A-0051-0000000000	25/08/2020

CERTIFICA QUE:

Se tiene en cuenta que el usuario identificado en este documento, declara su aptitud para conducir de conformidad a lo establecido en la Resolución 0217 de 2014 anexo 1, Resolución 5236 del 2012 Ministerio de Transportes y la NTC 6095C-17024 de 2012. Por lo que certificamos los resultados obtenidos así:

25/08/2020

1



Dr. Juan Carlos Montaña M.

CONCEPTO DE EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DEL EXAMEN

16/09/2020

CALI

DATOS DEL ASPIRANTE

AGUDELO

GIL

JUAN

CARLOS

CC

71.644.785

EMPRESA

INDEPENDIENTE

CARGO

CONDUCTOR

INGRESO

X

X

ASPIRANTE SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

Aptitud

ASPIRANTE CON RESTRICCIONES PARA EL CARGO

REQUIERE EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS (especifique cuales)

Tipo de Restricciones o Causas de Aplazamiento:

NINGUNA

Recomendaciones:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE, PAUSAS ACTIVAS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADOS PARA EL CARGO ASIGNADO

Certifico que todo lo manifestado por mí en esta historia es verídico y que no he omitido información relacionada con mi estado o antecedentes de salud. Los resultados y conceptos del presente examen podrán ser utilizados para el buen cumplimiento del programa de Salud Ocupacional, como lo exige la legislación legal vigente. Dejo constancia de haber sido informado por el médico acerca de mis condiciones de salud y concepto del presente examen.

Firma

Nombre: Dr. Juan Carlos Montaña M.

Registro: 3430-83

U.E. SO. 929-2014

Trabajador

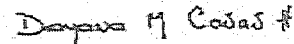
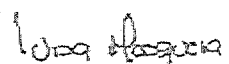
Firma

Nombre

Documento identificación

La presente certificación se expide con base en la Historia Ocupacional del Trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 096299 de 2011 de diciembre de 1991. El contenido de la misma no podrá comunicarse o darse a conocer, salvo en los siguientes casos: cuando medie mandato judicial, por autorización expresa, escrita y con firma del trabajador interesado, y por solicitud de las autoridades competentes de seguridad social, Ministerio de la Protección Social.

5

Concepto de Optometría	Nombre	R.M.	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales 1.1 al 1.7	GUILLERMO VILLA PUERTA	1899		
Concepto de Fonoaudiología	Nombre	R.M. <td>Huella</td> <td>Firma</td>	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numeral 2.1	DAYANA CASAS HINESTROZA	1020431173		
Concepto de Psicología	Nombre	R.M. <td>Huella</td> <td>Firma</td>	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales del 10 al 13	NATALIA CHINCHILLA GIRALDO	762245		
Concepto de Medicina General	Nombre	R.M. <td>Huella</td> <td>Firma</td>	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I	DANIELA GIRALDO VARGAS	1107080009		
Concepto Final				Trámite - Categoría
Cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014, anexo I				Referencia C1
(Código) Restricciones - Observación				
Observaciones / Vigencia				
Limitaciones físicas progresivas				Fecha Vigencia
  Firma Usuario Certificado Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a los inspectores durante todas las inspecciones y la entrevista de antecedentes referidos al Material médico o diagnóstico clínico, corresponden estrictamente a la verdad.				
MARIA MOSQUERA DELGADO RM: 1144191143 Declaro bajo la gravedad de juramento que el documento se ajusta a la realidad médica del usuario. Vigencia del Certificado: este certificado tiene vigencia de sesenta (60) meses según lo establecido en la resolución 1220 de 2010 del Ministerio de Transporte.				