



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

Examen No: 10630 | RUNT No: 27581481 | Fecha de Expedición: 30/09/2021 | Fecha de Vencimiento: 29/03/2022

### INPROSALUD CARTAGENA EL AMPARO

Dirección: Manzana 10 Lote 7 San Pedro - CARTAGENA

NIT: 9003297038 | Teléfono: 7443330

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 1300102263-02

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 4135 05-10-2017



Huella izquierda



Huella derecha



30/09/2021 01:38:48 p.m.

### Información del Candidato

Nombre: ORLANDO RAMOS MONROY

Fecha de nacimiento: 02/07/1979

Documento: CC 9237086

Ocupación: Otros  
Teléfono: 0

Dirección: VILLAGRANDE DE INDIA  
Gs/Rh: O+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa **INVERSIONISTAS Y PROTECTORES EN SALUD INPROSALUD S A S** propietaria del **INPROSALUD CARTAGENA EL AMPARO**

### 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	C2	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: C2**

**Resultado de proceso de certificación: APROBADO**

**Atestación de certificación: APTO CON RESTRICCIÓN**

**Restricciones, limitaciones o adaptaciones: CONDUCIR CON LENTES**

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

- Evaluación de Capacidad Visual, con resultado: APTO CON RESTRICCIÓN.
- 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 el anexo 1 de la Resolución 0217 de 2014, sin embargo, se le aplica la restricción 01: Conducir con lentes de corrección refractiva

Firma del evaluado

*[Firma manuscrita]*

**Certificador:** KARLA MEDINA ARROYAVE  
**N° de tarjeta profesional:** 153466

Firma y Huella del Certificador

*[Firma manuscrita]*  
*[Huella dactilar]*

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**