



SOLICITUD

FECHA DE VIGENCIA:
2016-01-19

Código: FR- 24

VERSION: 02

Página 1 de 2

INFORMACION GENERAL

FECHA DEL EXAMEN DIA ___ MES ___ AÑO ___ HORA ___

Autorizo a MEDIC GLOBAL PROFESSIONAL IPS S.A.S. para la realización de las pruebas correspondientes al proceso de certificación, con el fin de determinar mi competencia para obtener el certificado de aptitud física, mental y de coordinación motriz, con conocimiento y entendimiento de los requisitos, deberes y derecho del solicitante y/o candidato, expuesto en la parte de atrás, igualmente al envío de información de mi proceso de certificación.

TIPO DOC			N. DE IDENTIFICACION		APELLIDOS		NOMBRES			OCUPACION	
TI	CC	CE	FECHA DE NACIMIENTO		GRUPO SANGUINEO	EDAD	DIRECCION		N. TELEFONO		CIUDAD
M	F										
ESTADO CIVIL		CATEGORIAS				NIVEL DE EDUCACION			TRAMITE		
CASADO		1(A1)	4(C1)	B2	PRIMARIA	PROFESIONAL	INICIAL	PARTICULAR			
SOLTERO		2(A2)	5(C2)	B3	SECUNDARIA	POSTGRADO	RECATEGORIZACION	PUBLICO			
VIUDO											
UNION LIBRE		3(B1)	6(C3)		TECNICO	OTRO	REFRENDACION	OFICIAL			

ANTECEDENTES		SI	NO	ANTECEDENTES		SI	NO
Ha tenido pérdida de visión?				Ha tenido golpes en la cabeza?			
Ve de lejos?				Problemas neurológicos?			
Usa gafas?				Ha estado hospitalizado en una clínica de reposo?			
Tiene prótesis visual?				Infartos/ enfermedades cardiacas?			
Cirugía reciente de ojos?				Hipertensión?			
Está expuesto al ruido constantemente, por cuánto tiempo?				Ha tenido problemas para conciliar el sueño?			
Usa protectores auditivos?				Cáncer?			
Ha presentado problemas de equilibrio?				Asmas?			
Cirugía en los oídos ¿cual:				Alergia a algún medicamento?			
Dolores de cabeza constante?				Epilepsia?			
Cada cuanto va al médico?				Diabetes?			

	SI	NO
Usa gafas progresivas, hace cuánto?		
Audífono ortopédico, hace cuánto?		
Prótesis en brazos o piernas, hace cuánto?		
Cirugías recientes, en que parte del cuerpo y hace cuánto?		

FIRMA

MEDIC GLOBAL PROFESSIONAL IPS S.A.S. garantiza la imparcialidad dándole prioridad a la objetividad del proceso de certificación y equidad para todos los solicitantes que quieran presentar el examen de aptitud física, mental y de coordinación motriz cumpliendo con los requisitos establecidos en la resolución 0217 de 2014 en los anexos I, II, III, IV, V, toda la información suministrada y adquirida durante el proceso de evaluación es confidencial y solo será divulgada con previa autorización y en ningún caso se hace responsable MEDIC GLOBAL PROFESSIONAL IPS S.A.S. por la misma.

Para acceder al examen de aptitud física, mental y de coordinación mental debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

Elaborado	Revisado	Aprobado
COORDINADOR DE CALIDAD	GERENTE	GERENTE



SOLICITUD

FECHA DE
VIGENCIA:
2016-01-19

Código: FR- 24

VERSION: 02

Página 2 de 2

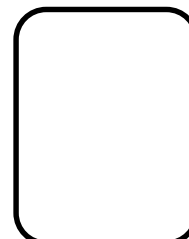
1. La persona interesada debe cancelar \$110.000 del examen y solicitar un pin de recaudo para agendar una cita ingresando a la página www.ipsmedicglobal.com o llamar al 6741078 si presenta alguna dificultad o duda, diligencia el formato de solicitud (FR 24 SOLICITUD). En un horario de atención de Lunes a viernes de 7am a 7pm y los sábados de 8 am a 4pm
2. El solicitante debe presentarse en MEDIC GLOBAL PROFESSIONAL IPS S.A.S. con el documento de identificación, el comprobante del pin cancelado y diligenciar el formato de solicitud antes mencionado.
3. Usted debe estar pendiente al llamado en recepción para la foto y huellas dactilares (en el caso de presentar ausencia de huellas, se coloca los pulgares).
4. Usted debe asistir en buen estado físico y mental previo a la realización de las pruebas, ya que esto podría alterar sus resultados negativamente por influencias externas (como gripa, estrés, depresión, uso de audífonos etc.)
5. Absténgase de presentar el examen en estado de alicoramiento o bajo efecto de sustancias psicotrópicas o psicoactivas (marihuana, cripi entre otras).
6. **NECESIDADES ESPECIALES DEL SOLICITANTE**
7. MEDIC GLOBAL PROFESSIONAL IPS S.A.S. 1 IPS S.A.S notificara al solicitante la posibilidad de llevar a cabo dentro de lo razonable una solicitud para que se tenga en cuenta las siguientes necesidades especiales (EJ: minusvalía).
8. **DEBERES Y AUTORIZACIONES:** Usted debe disponer ENTRE 35 y 50 min aproximadamente, ya que es el tiempo requerido para efectuar las cuatro evaluaciones.
9. Es importante que al momento de la realización de cada prueba usted cuente con los elemento necesarios que garanticen los resultados como (gafas, audífonos ortopédicos, prótesis de brazo o pierna), así mismo si padece alguna enfermedad y está en tratamiento farmacológico, usted deberá traer un reporte o certificación del médico tratante en donde se describa el tipo de tratamiento, tiempo, firma, nombre, registro médico y sello del profesional que lo está atendiendo, de no cumplir con estos requisitos será devuelto, para este reporte se le será entregado el formato de remisión (FR 32 REMISION) .
10. Ya aprobados los exámenes, usted recibirá la certificación medica en donde sale apto para conducir y podrá su expedir su licencia de conducción. Usted deberá comprometerse a no usar el logo o nuestro nombre de forma ilegal.
11. En ninguna instancia es permitido ofrecer dadas a los profesionales que participan en el proceso de certificación, Administrador y /o Gerente, ya que esto corresponde a una actividad de tipo ilegal que está sujeto a las acciones legales correspondientes.
12. Con la firma de este documento usted autoriza a MEDIC GLOBAL PROFESSIONAL IPS S.A.S.
 - 12.1 Publicar en nuestra página WEB el estatus del certificado, su validez y el alcance
 - 12.2 Como compartir sus datos personales como: nombre completo, dirección, teléfono y ocupación. En las centrales de información personal
 - 12.3 Informar a cualquier persona natural , ente estatal privado o mixto que requiera información, de igual manera usted será notificado por correo electrónico o se le llamara
13. **USTED ESTA OBLIGADO A:** en el caso que usted presente alguna novedad en su salud que afecte el proceso de certificación, se establecerá si se procede con una ratificación, suspensión o retiro del examen según lo decida el profesional por el cual está siendo atendido en ese momento (solo aplica para personas certificadas.)
 - 13.1 A no divulgar información confidencial del examen ni tomar parte en prácticas fraudulentas de las pruebas, uso indebido del logotipo de la empresa, en el caso que se presente esta situación o a comprobar este tipo de conducta ilegal se impondrán sanciones dependiendo de la gravedad del caso que va desde la suspensión, cancelación de certificado o prohibición de 1 a 5 años en nuestra empresa y se instaura la respectiva denuncia ante la fiscalía para que sea puesta en investigación
 - 13.2 No utilizar dispositivos electrónicos como (celulares, Tablet, computadores portátiles entre otros) durante la realización del examen y las demás fases del proceso de certificación, ya que esto altera su validez
 - 13.3 En el caso de suspensión se obliga a abstenerse de promocionar la certificación mientras dure la suspensión. La violación de la obligación acarreará la sanción del retiro del proceso de certificación
 - 13.4 En el caso de retiro de la certificación, la persona certificada se obliga a abstenerse de hacer referencia a la certificación, la violación de esta hará que el infractor tenga que cancelar a MEDIC GLOBAL PROFESSIONAL IPS S.A.S. por concepto de perjuicio la suma equivalente a 10 salarios mínimos legales mensuales vigentes, sin perjuicio a cobro de otros daños.
 - 13.5 Si desea obtener el examen para un alcance (categoría) adicional debe realizar el pago secundario, el cual está establecido en el FR 04 lista de precios, lo cual es posible durante el proceso de certificación o previo a la entrega
14. En el caso de no estar de acuerdo con alguna de las decisiones tomadas por el organismo de certificación frente al certificado, usted puede presentar una apelación FR 05 QUEJAS Y/O APELACIONES, en nuestra página WEB hay una descripción detallada del proceso para el tratamiento de quejas y/o apelaciones también están expuestas al público en el centro de reconocimiento en la cartelera informativa, usted puede solicitar una copia y esta deberá ser respondida en 15 días hábiles.
15. **OBSERVACIONES:** recuerde que estamos prestando nuestro servicio de evaluación, por lo tanto es importante que entienda que después de iniciado el proceso de certificación independientemente de sus resultados no hay devolución de su dinero.

DECLARO HABER ENTENDIDO TODO LO EXPUESTO ANTERIORMENTE Y ACEPTO EN SU TOTALIDAD LAS CONDICIONES

FIRMA: _____

NOMBRES COMPLETOS: _____

NUMERO CEDULA: _____



Elaborado	Revisado	Aprobado
COORDINADOR DE CALIDAD	GERENTE	GERENTE