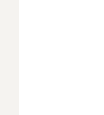


Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 494 | RUNT No: 30653996 | Fecha de Expedición: 20/01/2023 | Fecha de Vencimiento: 19/07/2023

METVIDA IPS NORTH POINT**Dirección:** AK 7 # 155-80 LOCAL 45-46 - BOGOTÁ**NIT:** 9012523502 | **Teléfono:** 3183399382**Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud:** 1100134909-02**Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte:**

Huella izquierda



Huella derecha

**Información del Candidato****Nombre:** RICARDO CAMACHO BELTRAN**Fecha de nacimiento:** 13/03/1970**Documento:** CC 80400521**Ocupación:** Otros**Teléfono:** 344516**Dirección:** VEREDA AURORA LATA**Gs/Rh:** B+El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa **METVIDA IPS SAS** propietaria del **METVIDA IPS NORTH POINT**

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:**Certificador:**

SINDY VIVIANA SASTOQUE ROSAS

N° de tarjeta profesional:

165078

Firma y Huella del Certificador

Firma



Huella

Firma del evaluado

"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