

DIRECCION:	AV. 3 NORTE # 36AN - 07 CALI - VALLE
TELEFONO:	6657682
HABILITACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 3794 03 DICIEMBRE 2014
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	760010937901
CODIGO ACREDITACION:	14 -CEP -048

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT

FECHA DE EVALUACION	2025-01-10
FECHA DE CERTIFICACION	2025-01-10
FECHA DE IMPRESION	2025-01-10
NUMERO CERTIFICADO RUNT	
NUMERO CERTIFICADO O.C.	
NUMERO DE FACTURA	30828
TIPO DE SANGRE Y RH	O+
NOMBRES	LEONARDO FABIO
NUMERO DE DOCUMENTO	16790394
FECHA DE NACIMIENTO	1971-05-10
SEXO	M
RESIDENCIA	CALI
TELEFONO DOMICILIO	0
TELEFONO ACOMPAÑANTE	
TIPO DE VINCULACION	

APELLIDOS CABRERA ESPINOSA
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD CC
ESTADO CIVIL
EDAD 53
OCUPACION
DOMICILIO CRA 4TA EBIS 58 33
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE
ASEGURADORA

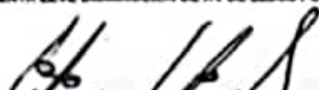
EVALUACION VISUAL

Prueba	Parametro	Rango grupo1	Rango grupo2	Resultado
AGUDEZA VISUAL	LEJANA OD	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/40
AGUDEZA VISUAL	LEJANA OI	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/30
AGUDEZA VISUAL	LEJANA AMBOS OJOS	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/30
AGUDEZA VISUAL	CERCANA OD	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/30
AGUDEZA VISUAL	CERCANA OI	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/30
AGUDEZA VISUAL	CERCANA AMBOS OJOS	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/30
VISION NOCTURNA	BINOCULAR	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/30
CAMPO VISUAL	CAMPIMETRO IZQUIERDA	≥ 120	≥ 70	170
CAMPO VISUAL	CAMPIMETRO DERECHA	≥ 120	≥ 70	70
CAMPO VISUAL	PERIMETRIA IZQUIERDA	≥ 70	≥ 70	170
CAMPO VISUAL	PERIMETRIA DERECHA	≥ 70	≥ 70	70
VISION EN PROFUNDIDAD	LEJANA	75 Seg. 80%	40 Seg. 80%	85%
VISION EN PROFUNDIDAD	CERCANA	75 Seg. 80%	40 Seg. 80%	85%
DISCRIMINACION DE COLORES	BINOCULAR	≥ Cuatro Numeros	≥ Cuatro Numeros	6
SENSIBILIDAD AL CONTRASTE	BINOCULAR	≤ 40% o 20/40	≤ 40% o 20/40	20/30 - 30%
VISION EN ENCANDILAMIENTO	BINOCULAR	≤ 5 Segundos	≤ 5 Segundos	35seg
PHORIAS	HORIZONTAL LEJANA	≥ 1.5 y ≤ 6.5	≥ 1.5 y ≤ 6.5	6.0
PHORIAS	VERTICAL LEJANA	≥ 3.5 y ≤ 6.5	≥ 3.5 y ≤ 6.5	6.0
PHORIAS	HORIZONTAL CERCANA	≥ 2.5 y ≤ 7.5	≥ 2.5 y ≤ 7.5	5.0
PHORIAS	VERTICAL CERCANA	≥ 3.5 y ≤ 6.5	≥ 3.5 y ≤ 6.5	6.0
RECUPERACION ENCANDILAMIENTOBINOCULAR		≤ 3 Lineas	≤ 3 Lineas	3 Lineas

- Presento la evaluacion con lentes correctores?
- Presenta Cirugia refractiva diferente a afaquia?
- Tiene vision monocular?
- Presenta Escotomas relativos significativos en la sensibilidad retiniana
- Presenta Escotomas absolutos en puntos correspondientes de ambos ojos
- El aspirante presenta en el campo central Escotomas absolutos
- Presenta alteraciones en la capacidad de recuperacion al deslumbramiento
- El aspirante presenta alteraciones de la vision mesopica
- El aspirante presenta su funcion de sensibilidad al contraste normal
- El aspirante presenta ptosis que afecten su vision?
- El aspirante presenta lagofthalmias que afecten su vision?
- El aspirante presenta diplopia?
- Presenta nistagmus que le impide alcanzar los niveles de capacidad visual?
- Presenta nistagmus que pueda originar fatiga visual durante la conduccion?
- El aspirante presenta otros defectos de la vision binocular?
- El aspirante presenta estrabismos?
- Enfermedades progresivas que no le permiten alcanzar los niveles fijados?
- El aspirante presenta policromacia normal?
- Presenta reducciones significativas en alguno de sus meridianos?
- Presenta motilidad del globo ocular congenito?
- El aspirante presenta fatiga visual?
- El aspirante presenta afaquias o pseudoafaquias?

SI
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
SI
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
NO
SI
NO
NO
NO
NO
NO

Observaciones
PRESENTA LEVE DISMINUCION DE AV DE LEJOS POR EL OD CON CORRECCION SE REMITE AL OPTOMETRA PARA RENOVACION DE FORMULA Y SU USO ES PERMANENTE LA VALORACION



CERTISALUD VALLE SAS (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	AV. 3 NORTE # 36AN - 07 CALI - VALLE
TELEFONO:	6657682
HABILITACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 3794 03 DICIEMBRE 2014
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	760010937901
CODIGO ACREDITACION:	14 -CEP -048

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



APELLIDOS: CABRERA ESPINOSA		INFORMACION IPS-RUNT	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD	CC	FECHA DE EVALUACION	2025-01-10
ESTADO CIVIL		FECHA DE CERTIFICACION	2025-01-10
EDAD	53	FECHA DE IMPRESION	2025-01-10
OCCUPACION		NUMERO CERTIFICADO RUNT	
DOMICILIO: CRA #1A EBIS 58 33		NUMERO CERTIFICADO O.C.	
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE		NUMERO DE FACTURA	30028
ASEGURADORA		TIPO DE SANGRE Y RH	O+
		NOMBRES: LEONARDO FABIO	
		NUMERO DE DOCUMENTO	16790394
		FECHA DE NACIMIENTO	1971-05-10
		SEXO	M
		RESIDENCIA	CALI
		TELEFONO DOMICILIO	0
		TELEFONO ACOMPAÑANTE	
		TIPO DE VINCULACION	

Prueba	Parametro	EVALUACION VISUAL		
		Rango grupo1	Rango grupo2	Resultado
AGUDEZA VISUAL	LEJANA OO	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/40
AGUDEZA VISUAL	LEJANA CI	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/30
AGUDEZA VISUAL	LEJANA AMBOS OJOS	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/30
AGUDEZA VISUAL	CERCANA OO	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/30
AGUDEZA VISUAL	CERCANA CI	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/30
AGUDEZA VISUAL	CERCANA AMBOS OJOS	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/30
VISION NOCTURNA	BINOCULAR	≥ 20 / 30	≥ 20 / 30	20/30
CAMPO VISUAL	CAMPIMETRO IZQUIERDA	≥ 120	≥ 70	170
CAMPO VISUAL	CAMPIMETRO DERECHA	≥ 120	≥ 70	70
CAMPO VISUAL	PERIMETRIA IZQUIERDA	≥ 70	≥ 70	170
CAMPO VISUAL	PERIMETRIA DERECHA	≥ 70	≥ 70	70
VISION EN PROFUNDIDAD	LEJANA	75 Seg. 80%	40 Seg. 80%	85%
VISION EN PROFUNDIDAD	CERCANA	75 Seg. 80%	40 Seg. 80%	85%
DISCRIMINACION DE COLORES	BINOCULAR	≥ Cuatro Numeros	≥ Cuatro Numeros	6
SENSIBILIDAD AL CONTRASTE	BINOCULAR	≤ 40% o 20/40	≤ 40% o 20/40	20/30 - 30%
VISION EN ENCANDILAMIENTO	BINOCULAR	≤ 5 Segundos	≤ 5 Segundos	35seg
PHORAS	HORIZONTAL LEJANA	≥ 1.5 y ≤ 6.5	≥ 1.5 y ≤ 6.5	8.0
PHORAS	VERTICAL LEJANA	≥ 3.5 y ≤ 5.5	≥ 3.5 y ≤ 5.5	8.0
PHORAS	HORIZONTAL CERCANA	≥ 2.5 y ≤ 7.5	≥ 2.5 y ≤ 7.5	8.0
PHORAS	VERTICAL CERCANA	≥ 3.5 y ≤ 5.5	≥ 3.5 y ≤ 5.5	8.0
RECUPERACION ENCANDILAMIENTOBINOCULAR		≤ 3 Lineas	≤ 3 Lineas	3 Lineas

-Presento la evaluacion con lentes correctores?	SI
-Presenta Cirugia refractiva diferente a afequia?	NO
-Tiene vision monocular?	NO
-Presenta Escotomas relativos significativos en la sensibilidad retiniana	NO
-Presenta Escotomas absolutos en puntos correspondientes de ambos ojos	NO
-El aspirante presenta en el campo central Escotomas absolutos	NO
-Presenta alteraciones en la capacidad de recuperacion al deslumbramiento	NO
-El aspirante presenta alteraciones de la vision mesopica	NO
-El aspirante presenta su funcion de sensibilidad al contraste normal	SI
-El aspirante presenta ptosis que afecten su vision?	NO
-El aspirante presenta lagofthalmias que afecten su vision?	NO
-El aspirante presenta diplopia?	NO
-Presenta nistagmus que le impide alcanzar los niveles de capacidad visual?	NO
-Presenta nistagmus que pueda originar fatiga visual durante la conduccion?	NO
-El aspirante presenta otros defectos de la vision binocular?	NO
-El aspirante presenta estrabismos?	NO
-Enfermedades progresivas que no le permiten alcanzar los niveles fijados?	NO
-El aspirante presenta policromacia normal?	SI
-Presenta reducciones significativas en alguno de sus meridianos?	NO
-Presenta motilidad del globo ocular congenito?	NO
-El aspirante presenta fatiga visual?	NO
-El aspirante presenta afequias o pseudoafequias?	NO

CERTISALUD VALLE SAS (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	AV. 3 NORTE # 36AN - 07 CALI - VALLE
TELEFONO:	6657582
HABITACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 3794 03 DICIEMBRE 2014
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	760010937901
CODIGO ACREDITACION:	14 -CEP -048

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT	
FECHA DE EVALUACION:	2025-01-10
FECHA DE CERTIFICACION:	2025-01-10
FECHA DE IMPRESION:	2025-01-10
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	
NUMERO CERTIFICADO O C.:	
NUMERO DE FACTURA:	30828
TIPO DE SANGRE Y RH:	O+
NOMBRES:	LEONARDO FABIO
NUMERO DE DOCUMENTO:	15790394
FECHA DE NACIMIENTO:	1971-05-10
SEXO:	M
RESIDENCIA:	CALI
TELEFONO DOMICILIO:	0
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	

APELLIDOS:	CABRERA ESPINOSA
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC
ESTADO CIVIL:	
EDAD:	53
OCCUPACION:	
DOMICILIO:	CRA 4TA EBIS 58 33
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA:	

1. ¿El aspirante presenta alguna alteración que le impida su posición normal o un manejo eficaz de los mandos?	NO
2. ¿El aspirante presenta alguna motilidad?	NO
3. ¿El aspirante presenta afecciones o anomalías progresivas?	NO
4. ¿La talla de aspirante origina posición de conducción incompatible con el manejo seguro del vehículo?	NO
5. ¿La talla del aspirante origina una posición de conducción incompatible con la correcta visibilidad para conducir?	NO
6. ¿El aspirante presenta alteración que afecta a su dinámica cardíaca con signos objetivos y funcionales de descompensación o síncope?	NO
7. ¿El aspirante presenta cardiopatía que origine sintomatología correspondiente a un nivel funcional III o IV?	NO
8. ¿El aspirante presenta arritmia maligna durante los últimos 6 meses que origine o haya podido originar una pérdida de atención o un síncope?	NO
9. ¿El aspirante presenta alteración del ritmo que origine sintomatología correspondiente a un nivel funcional III o IV?	NO
10. ¿El aspirante utiliza prótesis valvulares cardíacas o marcapasos?	NO
11. ¿El aspirante utiliza marcapasos?	NO
12. ¿El aspirante presenta implante de desfibrilador automático?	NO
13. ¿El aspirante utiliza prótesis valvular cardíaca?	NO
14. ¿El aspirante ha presentado antecedente de infarto agudo de miocardio durante los últimos tres meses? Utiliza prótesis valvular cardíaca?	NO
15. ¿El aspirante presenta cirugía de revascularización y/o revascularización percutánea?	NO
16. ¿El aspirante presenta cardiopatía isquémica que origine sintomatología correspondiente a una clase funcional III o IV?	NO
17. ¿El aspirante presenta signos de afección orgánica o valores de presión arterial descompensados que supongan riesgo en la conducción?	NO
18. ¿El aspirante presenta aneurismas de grandes vasos?	NO
19. ¿El aspirante presenta arteriopatía periférica?	NO
20. ¿El aspirante está sometido a tratamiento quimioterapéutico?	NO
21. ¿El aspirante presenta Policitemia Vera?	NO
22. ¿El aspirante en los últimos tres meses ha presentado anemia, leucopenia o trombopenia severa?	NO
23. ¿El aspirante durante los últimos seis meses ha presentado leucocitosis mayores de 100.000 leucocitos?	NO
24. ¿El aspirante ha presentado trastornos de coagulación que requieran tratamiento sustitutivo habitual?	NO
25. ¿El aspirante está en Tratamiento anticoagulante?	NO
26. ¿El aspirante ha producido descompensaciones en el último año que hubieran requerido de transfusión de plasma?	NO
27. ¿El aspirante presenta Nefropatías y éstas por su etiología, tratamiento o manifestaciones, pueden poner en peligro la conducción de vehículos?	NO
28. ¿El aspirante presenta trasplante renal?	NO
29. ¿El aspirante presenta disneas permanentes en reposo o de esfuerzo leve?	NO
30. ¿El aspirante presenta síndrome de apneas obstructivas del sueño, trastornos relacionados con el mismo, u otras causas de somnolencia diurna?	NO
31. ¿El aspirante presenta trastornos pulmonares pleurales diafragmáticos y mediastínicos que determinen incapacidad funcional?	NO
32. ¿El aspirante presenta diabetes mellitus que curse con inestabilidad metabólica severa que requiere asistencia hospitalaria?	NO
33. ¿El usuario presenta en el último año, cuadros repetidos de hipoglucemia aguda ni de alteraciones metabólicas que cursen con pérdida de conciencia?	NO
34. ¿El aspirante presenta hipertiroidismo complicado con síntomas cardíacos o neurológicos?	NO
35. ¿El aspirante presenta hipotiroidismos sintomáticos?	NO
36. ¿El aspirante presenta enfermedades paratiroides que ocasionen incremento de excitabilidad o debilidad muscular?	NO
37. ¿El aspirante presenta enfermedad de Addison, el Síndrome de Cushing y la hiperfunción medular adrenal debida a feocromocitoma?	NO
38. ¿El aspirante presenta enfermedades del sistema nervioso y muscular que produzcan pérdida o disminución grave de las funciones motoras?	NO
39. ¿El aspirante presenta enfermedades del sistema nervioso central o periférico que produzcan pérdida o disminución grave de las funciones motoras?	NO
40. ¿El aspirante ha presentado crisis epilépticas convulsivas o crisis con pérdida de conciencia durante el último año?	NO
41. ¿El aspirante ha presentado crisis durante el sueño?	NO
42. ¿El aspirante ha presentado sacudidas mioclonicas que puedan afectar la seguridad de la conducción?	NO
43. ¿El aspirante presenta antecedente de trastorno convulsivo único no filiado o secundario a consumo de medicamentos o drogas o posquirúrgico?	NO
44. ¿El aspirante presenta alteraciones del equilibrio (vértigos, inestabilidad, mareo, vahido) permanentes, evolutivos o intensos?	NO
45. ¿El aspirante presenta trastornos musculares que produzcan deficiencia motora?	NO

CERTISALUD VALLE SAS (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	AV. 3 NORTE # 36AN - 07 CALI - VALLE
TELEFONO:	6657582
HABILITACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 3794 03 DICIEMBRE 2014
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	760010937901
CODIGO ACREDITACION:	14 -CEP -048

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT

FECHA DE EVALUACION:	2025-01-10
FECHA DE CERTIFICACION:	2025-01-10
FECHA DE IMPRESION:	2025-01-10
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	
NUMERO DE FACTURA:	30828
TIPO DE SANGRE Y RH:	O+
NOMBRES:	LEONARDO FABIO
NUMERO DE DOCUMENTO:	16790394
FECHA DE NACIMIENTO:	1971-05-10
SEXO:	M
RESIDENCIA:	CALI
TELEFONO DOMICILIO:	0
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	

APELLIDOS: CABRERA ESPINOSA
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD: CC
ESTADO CIVIL:
EDAD: 53
OCUPACION:
DOMICILIO: CRA 4TA EBIS 58 33
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:
ASEGURADORA:

EVALUACION MOTRIZ

Prueba	Parametro	Rango de Aprobacion	Resultado
Atencion Concentrada y Resistencia A la Monotonia	Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRP) Numero de Errores	Max 600 ms Max 5 Errores	640 ms 2 Errores
Reacciones Multiples	Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRP) Numero de Errores	Max 1140 ms Max 7 Errores	1094 ms 4 Errores
Coordinacion Bimanual	Tiempo Total de Error(TTE) Numero de Errores	Max 4630 ms Max 15 Errores	1688 ms 9 Errores
Reaccion al Frenado	Tiempo Promedio de Reaccion	Max 750 ms	750 ms
Velocidad de Anticipacion	Distancia Media de Desviacion	Max 830 ms	794 ms

RESULTADOS PSICOLOGIA TEST PERSONALIDAD

INTELIGENCIA

Ver anexo hoja 2

SUSTANCIAS

Ver anexo hoja 2

PERSONALIDAD

Ver anexo hoja 2

Certificacion Emitida para conducir vehiculos segun categoria reportada: GRUPO 2

Valoracion Psicologica



CERTISALUD VALLE SAS (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	AV. 3 NORTE # 36AN - 07 CALI - VALLE
TELEFONO:	6657582
HABILITACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 3794 03 DICIEMBRE 2014
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	760010937901
CODIGO ACREDITACION:	14 -CEP -048

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT

FECHA DE EVALUACION:	2025-01-10
FECHA DE CERTIFICACION:	2025-01-10
FECHA DE IMPRESION:	2025-01-10
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	
NUMERO DE FACTURA:	30628
TIPO DE SANGRE Y RH:	O+

APELLIDOS: CABRERA ESPINOSA

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:

CC

ESTADO CIVIL:

EDAD:

53

OCUPACION:

DOMICILIO: CRA 4TA EBIS 58 33

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:

ASEGURADORA:

NOMBRES: LEONARDO FABIO

NUMERO DE DOCUMENTO:

16790394

FECHA DE NACIMIENTO:

1971-05-10

SEXO:

M

RESIDENCIA:

CALI

TELEFONO DOMICILIO:

0

TELEFONO ACOMPAÑANTE:

TIPO DE VINCULACION:

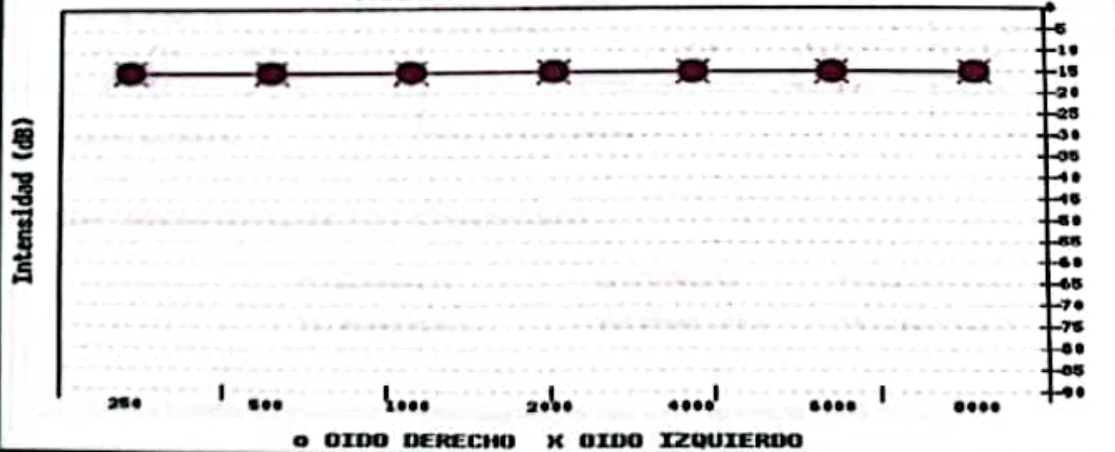
EVALUACION AUDITIVA

Observaciones

OTOSCOPIA NORMAL EN AMBOS OIDOS

AUDICION NORMAL, BILATERAL SEGUN LA RESOLUCION RESOLUCION 1848 DE 2014 DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE SE RECOMIENDA CONTROL AUDITIVO ANUAL.

AUDIOMETRIA TAMIZAJE

VALOR
PTA

PTA OD: 10

PTA OI: 10

MELISSA GIRON RODRIGUEZ
RM: 1144178669