



Nit. 901252350-2
Cel. 310 783 8541 Tel. 7460162- 7561476
A.C 161 No 17-32 Piso 3 Barrio Orquídeas
metvidaips@gmail.com
Bogotá - Colombia



CERTIFICADO DE APTITUD FISICA MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

DATOS PERSONALES

Atención N°: 1,449

Ciudad y Fecha: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) 15/04/2025 - 04:33 P. M. Empresa: METRO JUNIORS
Tipo Evaluación Médica: EXAMEN PSICOSENSOMETRICO Cargo: CONDUCTOR
Nombres y Apellidos: ROMERO ROZO DANIEL SANTIAGO CC: 1000575241 de BOGOTÁ Fecha de Nacimiento: 04/02/2000
Edad: 25 AÑOS Lugar de Nacimiento: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Dir. Residencia: CALLE 155 #7H-35
Estudios: TÉCNICO Estado Civil: SOLTERO(A) E.P.S.: SANITAS A.F.P.: COLPENSIONES A.R.L.: SURA

CERTIFICA QUE:

Teniendo en cuenta que el usuario identificado en este documento, solicita ser evaluado de su aptitud médica para conducir de conformidad a lo establecido en la Resolución 0217 de 2014 anexo I, Resolución 5228 del 2016 (Ministerio de Transporte) y la NTC ISO/IEC 17024 de 2012 - Por lo que certificamos los resultados obtenidos así:

| 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. EXAMEN VISUAL DENTRO DE PARAMETROS NORMALES | ANGELA BIVIANA PUENTES USSA | 52966366 | | |
| Concepto de Fonoaudiología | Nombre | R.M: | Huella | Firma |
| CANDIDATO APTO, CONTROL ANUAL DE APROBACIÓN SEGÚN LA RESOLUCIÓN 0217 DE 2014, ANEXO I, NUMERAL 2. 4 | SANDRA MILENA SANCHEZ LIZARAZ O | 52977079 | | |
| Concepto de Psicología | Nombre | R.M: | Huella | Firma |
| CANDIDATO APTO PARA CONDUCIR VEHICULO NO SE EVIDENCIA ALTERACIONES PSICOMOTORAS, CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE APROBACION SEGUN LA RESOLUCION 0217 DE 2014 | LIZET KATERIN AMAYA JIMENEZ | 232976 | | |
| Concepto de Medicina General | Nombre | R.M: | Huella | Firma |
| NIEGA ANTECEDENTES MEDICOS, EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES, PESO NORMAL, BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR POR PERÍMETRO ABDOMINAL, SE RECOMIENDA, CONTINUAR CON ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (DIETA Y EJERCICIO) SEGÚN ANEXO I DE RESOLUCIÓN 217 DE 2014 CONSIDERO PACIENTE APTO PARA CONDUCIR | GOMEZ PEDRAZA BLANCA AURORA | RM 39742770 | | |

| Concepto Final | Trámite - Categoría |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Apto para conducir, cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014 anexo I Grupo 2 | |
| Restricciones | |
| | |



Nit. 901252350-2
Cel. 310 783 8541 Tel. 7460162- 7561476
A.C 161 No 17-32 Piso 3 Barrio Orquídeas
metvidaips@gmail.com
Bogotá - Colombia



PRUEBA PERCEPTIVO-MOTORA

Datos del Paciente

N° Atención: 712

Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Fecha Atención: 15/04/2025 02:49:16p. m.
Tipo Doc: CC Cedula: 1000575241 Nombres y Apellidos: ROMERO ROZO DANIEL SANTIAGO Fecha de Nacimiento: 04/02/2000
Edad: 25 AÑOS 2 M Cargo: CONDUCTOR Empresa: METRO JUNIORS
Teléfono: 0 Celular: 3213509816

Exploración Aptitud Perceptivo - Motora:

| EXÁMEN | PARÁMETROS | RANGOS DE APROBACIÓN | RESULTADO |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|
| ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA A LA MONOTONÍA | TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA | <=0 - 690 ms | 437 |
| | NÚMERO DE ERRORES | <=0 - 5 errores | 0 |
| REACCIONES MÚLTIPLES | TIEMPO MEDIO DE REACCIÓN DE RESPUESTA | <=0 - 1140 ms | 966 |
| | NÚMERO DE ERRORES | <=0 - 7 errores | 0 |
| VELOCIDAD DE ANTICIPACIÓN | TIEMPO MEDIO DE DESVIACIÓN | <=0 - 830 ms | 72.83 |
| COORDINACIÓN BIMANUAL | NÚMERO DE ERRORES | <= 0 - 15 errores | 0 |
| | TIEMPO TOTAL DE ERROR | <=0 - 430 ms | 0 |
| REACCIÓN AL FRENADO | TIEMPO MEDIO DE REACCIÓN AL FRENADO | <=0 - 750 ms | 619 |
| INTELIGENCIA PRACTICA | INTELIGENCIA PRACTICA | PRESENTÓ | |
| PERSONALIDAD Y SUSTANCIAS | 10.1 Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos psicóticos | <=P70 | |
| | 10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica | <=P70 | |
| | 10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos | <=P70 | |
| | 10.4 Trastornos del estado de ánimo | <=P70 | |
| | 10.5 Trastornos disociativos | <=P70 | |
| | 10.6 Trastornos del sueño | <=P70 | |
| | 10.7 Trastornos del control de impulsos | <=P70 | |
| | 10.8 Trastornos de personalidad | <=P70 | |
| | 10.9 Trastornos del desarrollo intelectual | <=P70 | NO REFIERE |
| | 10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador | <=P70 | NO REFIERE |
| | 11.1 11.2 11.3 Abuso, dependencia y trastornos inducidos por el alcohol | <=P70 | NO REFIERE |
| | 11.4 11.5 11.6 11.7 Consumo habitual, abuso, dependencia y trastornos inducidos de sustancias psicoactivas | <=P70 | NO REFIERE |


Resultado Exploración Aptitud Perceptivo - Motora:

NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES PSICOMOTORAS, CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE APROBACION

Concepto: APTO

Recomendaciones:

NO APLICA



FIRMA PROFESIONAL - Psicóloga

AMAYA JIMENEZ LIZET KATERIN

Registro: 232976

CONSETIMIENTO INFORMADO: En calidad de evaluado bajo la gravedad del juramento declaro que todos los datos aquí suministrados son reales y corresponden con la verdad, que no omito ningún dato relevante sobre mis antecedentes personales y familiares que puedan influir sobre mi estado de salud mental asumiendo total responsabilidad por las consecuencias generadas como resultado de tal información.



Nit. 901252350-2
Cel. 310 783 8541 Tel. 7460162- 7561476
A.C 161 No 17-32 Piso 3 Barrio Orquídeas
metvidaips@gmail.com
Bogotá - Colombia



EXAMEN DE OPTOMETRIA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 1,150

Fecha: 15/04/2025 Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) CC: 1000575241 Nombre: ROMERO ROZO DANIEL SANTIAGO Edad: 25 AÑOS 2
Genero: MASCULINO Profesión o Cargo: CONDUCTOR Empresa: METRO JUNIORS
Eps: SANITAS Tipo Evaluación Médica: EXAMEN PSICOSENSOMETRICO F. Último Examen: 01/01/2025
Lugar del Último Examen: IPS PARTICULAR Motivo Consulta: CONTROL VISUAL

ANTECEDENTES VISUALES

| | |
|----------------------------|-----------|
| ANTECEDENTES FAMILIARES | NIEGA |
| ANTECEDENTES PERSONALES | NIEGA |
| ANTECEDENTES OCUPACIONALES | NIEGA |
| EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL | |
| LENTES DE CONTACTO | NO USA |
| MULTIFOCAL | NO |
| TIPO DE USO | NO APLICA |
| TRAE RX | NO |
| ÚLTIMO DIAGNÓSTICO | |
| USA ANTEOJOS | NO USA |

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

| AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN | | AV/VL | AV/VP | PH | AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN | | AV/VL | AV/VP |
|-------------------------------|-----------|--------|-------|-----|-------------------------------|--|--------|-------|
| O.D: | NO APLICA | 20/ 25 | N/A | N/A | NO APLICA | | 20/ 25 | N/A |
| O.I: | NO APLICA | 20/ 25 | N/A | N/A | NO APLICA | | 20/ 25 | N/A |
| A.O: | NO APLICA | 20/25 | N/A | N/A | NO APLICA | | 20/ 25 | N/A |

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: NORMAL
OJO IZQUIERDO: NORMAL

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL
VISIÓN PROXIMA: NORMAL

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: NORMAL

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL
OJO IZQUIERDO: FONDO DE OJO APARENTEMENTE NORMAL

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: K' =
OJO DERECHO: K' =

REFRACCIÓN

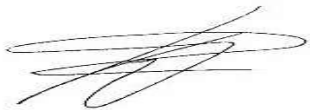
OJO DERECHO
OJO IZQUIERDO

RX FINAL

OJO IZQUIERDO
OJO DERECHO

| | | | | |
|-----------------------------------------------|--------------------|------------|---------------|-------------|
| VISIÓN COLOR | | | | |
| OJO DERECHO: NORMAL | | | | |
| OJO IZQUIERDO: NORMAL | | | | |
| ESTEREOPSIS | | | | |
| OBSERVACIÓN: NORMAL | | | | |
| CÓDIGO | DIAGNÓSTICO | OJO | ORIGEN | TIPO |
| | | | | |
| CONDUCTA A SEGUIR | | | | |
| NO REFIERE | | | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES: | | | | |
| | | | | |

OPTOMETRA



Firma: _____
Nombre: PUENTES USSA ANGELA BIVIANA
R. M.: 52966366 L.S.O.: _____

PACIENTE

Firma: _____
Nombre: ROMERO ROZO DANIEL SANTIAGO
CC: 1000575241



Nit. 901252350-2
Cel. 310 783 8541 Tel. 7460162- 7561476
A.C 161 No 17-32 Piso 3 Barrio Orquídeas
metvidaips@gmail.com
Bogotá - Colombia



AUDIOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 1067

Fecha: 15/04/2025 Ciudad: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)
Tipo Exámen: EXAMEN PSICOSENSOMETRICO Eps: SANITAS
CC: 1000575241 Nombre: ROMERO ROZO DANIEL SANTIAGO Edad: 25 AÑOS 2 M Genero: MASCULINO
Fecha Nacimiento: 04/02/2000 Empresa: METRO JUNIORS Ocupacion: CONDUCTOR

ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

| Empresa | Cargo | Tipo de Proteccion | Tolerancia | Años | Meses |
|------------|------------|--------------------|------------|------|-------|
| NO REPORTA | NO REPORTA | NINGUNA | NO APLICA | 0 | 0 |

ANTECEDENTES FAMILIARES

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|--------------------|-------------|----------------------|-------------|
| OTITIS | NO REFIERE | HIPOACUSIA SUBJETIVA | NO REFIERE |
| TRAUMA | NO REFIERE | ACÚFENOS | NO REFIERE |
| CIRUGÍA | NO REFIERE | OTROS | |
| INGESTA OTOTÓXICOS | NO REFIERE | | |

EXPOSICIÓN RUIDO EXTRALABORAL

| Antecedente en | Observación | Antecedente en | Observación |
|------------------|-------------|----------------|-------------|
| TEJO | NO REFIERE | POLÍGONO | NO REFIERE |
| MOTO | NO REFIERE | AUDÍFONOS | NO REFIERE |
| DISCOTECA | NO REFIERE | OTRO | |
| SERVICIO MILITAR | NO REFIERE | | |

CONDICIONES DE TOMA DE LA PRUEBA

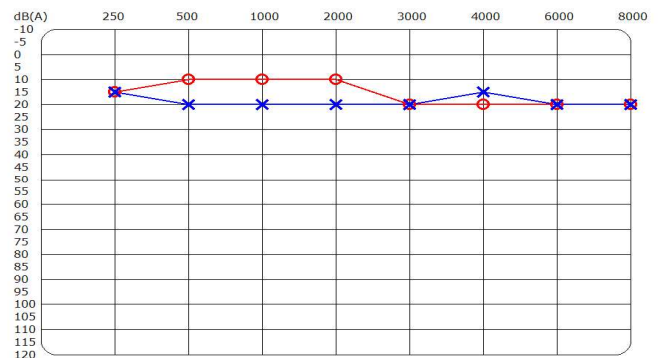
Descanso auditivo(Horas) : Realizó re test: NO Uso Cabina Sonoamortiguada: NO
Marca y Referencia audiométrico utilizado: AMPLIVOX F. Ultima Calibración: 2019-10-23

○ : Vía aérea del OD ✕ : Vía aérea del OI
< : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI) > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL
Oído izquierdo: NORMAL

| dB(A) | 250 | 500 | 1000 | 2000 | 3000 | 4000 | 6000 | 8000 |
|-------|-----|-----|------|------|------|------|------|------|
| VAOD | 15 | 10 | 10 | 10 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| VAOI | 15 | 20 | 20 | 20 | 20 | 15 | 20 | 20 |



SEVERIDAD - CAOHC

Oído derecho: Normal(0 - 25 dB) Oído izquierdo: Normal(0 - 25 dB)

| Código | Nombre del Diagnóstico | Oído | Origen | Tipo |
|--------|------------------------|------|--------|------|
|--------|------------------------|------|--------|------|

RECOMENDACION

OBSERVACION

CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO

Observaciones

AUDICION NORMAL BILATERAL

FONOAUDIÓLOGO

TRABAJADOR

Firma:

Sandra Lizarazo

Nombre: SANCHEZ LIZARAZO SANDRA MILENA

R. M.: 52977079

L.S.O.:

Firma:

Nombre: ROMERO ROZO DANIEL SANTIAGO

CC

1000575241



Nit. 901252350-2
Cel. 310 783 8541 Tel. 7460162- 7561476
A.C 161 No 17-32 Piso 3 Barrio Orquídeas
metvidaips@gmail.com
Bogotá - Colombia



HISTORIA CLINICA DE CONSULTA EXTERNA POR ENFERMEDAD GENERAL

DATOS PERSONALES

Atención N°: 1,449

Ciudad y Fecha: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) 15/04/2025 - 04:33 P. M. Empresa: METRO JUNIORS
Tipo Evaluacion Medica: EXAMEN PSICOSENSOMETRICO Cargo: CONDUCTOR
Nombres y Apellidos: ROMERO ROZO DANIEL SANTIAGO CC: 1000575241 de BOGOTÁ Fecha de Nacimiento: 04/02/2000
Edad: 25 AÑOS 2Lugar de Nacimiento: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Dir. Residencia: CALLE 155 #7H-35
Estudios: TÉCNICO Estado Civil: SOLTERO(A) E.P.S: SANITAS A.F.P: COLPENSIONES A.R.L: SURA

MOTIVO DE LA CONSULTA

NO APLICA

ENFERMEDAD ACTUAL

NO APLICA

ANTECEDENTES FAMILIARES

| Item | Observación |
|-----------------------|-------------|
| HIPERTENSIÓN ARTERIAL | MADRE |
| DIABETES | NO REFIERE |
| CÁNCER | NO REFIERE |
| OTROS | |

ANTECEDENTES PERSONALES

| Item | Observación |
|-----------------------|----------------|
| HTA | NO REFIERE |
| DIABETES | NO REFIERE |
| ENF RENAL | NO REFIERE |
| ENF ARTICULAR | NO REFIERE |
| TBC | NO REFIERE |
| VENEREAS | NO REFIERE |
| SIND CONVULSIVO | NO REFIERE |
| INMUNOLOGICOS | NO REFIERE |
| HOSPITALIZACIONES | NO REFIERE |
| TOXICOS ALERGICOS | BEBEDOR SOCIAL |
| TRAUMATICO | NO REFIERE |
| QUIRURGICOS | NO REFIERE |
| ESCLEROTERAPIA PREVIA | NIEGA |
| PLANIFICACIÓN | NIEGA |
| FACTORES AGRAVANTES | NO REFIERE |
| OTRO | |

REVISIÓN POR SISTEMAS

| Nombre del Sistema | Hallazgo |
|------------------------------------|--------------|
| PRESENTA EPILEPSIA O CONVULSIONES | NO |
| MANIFIESTA TENER DEFORMIDADES AMPU | NO |
| CARDIOVASCULAR | ASINTOMÁTICO |
| DERMATOLOGICO | ASINTOMÁTICO |
| DIGESTIVO | ASINTOMÁTICO |

| | |
|-----------------------|--------------|
| GENITOURINARIO | ASINTOMÁTICO |
| NEUROLOGICO | ASINTOMÁTICO |
| OCULAR | ASINTOMÁTICO |
| OTORRINOLARINGOLÓGICO | ASINTOMÁTICO |
| OSTEOMUSCULAR | ASINTOMÁTICO |
| RESPIRATORIO | ASINTOMÁTICO |
| OTROS SISTEMAS | |
| OBSERVACIONES | |

| ACTIVIDAD FÍSICA | | | | |
|-----------------------|-------------|---------|------|-------------------|
| Habito | Observación | Refiere | Cant | Frecuencia |
| ACTIVIDADES MANUALES | NO APLICA | NO | 0 | HORAS A LA SEMANA |
| EJERCICIOS O DEPORTES | NO APLICA | NO | 0 | HORAS A LA SEMANA |
| DEPORTES DE CHOQUE | NO APLICA | NO | 0 | HORAS A LA SEMANA |
| OFICIOS DOMÉSTICOS | NO APLICA | NO | 0 | HORAS A LA SEMANA |

| HÁBITOS TÓXICOS | | | | |
|----------------------------|--------------------------|---------|------|-----------------|
| Habito | Observación | Refiere | Cant | Frecuencia |
| CONSUMIDOR DE ALCOHOL | AÑOS DE CONSUMO | NO | 0 | NINGUNO |
| FUMADOR ACTUAL | AÑOS DE CONSUMO | NO | 0 | CONSUMO POR DÍA |
| EX FUMADOR | AÑOS DE CONSUMO | NO | 0 | CONSUMO POR DÍA |
| USA SUSTANCIA PSICOACTIVAS | ¿CÚALES? AÑOS DE CONSUMO | NO | 0 | NINGUNO |

| SIGNOS VITALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|----------|--|----------------------|--|-------------|--|--------------------------|--|-------------|--|------|--|--------------|--|
| Tension Arterial: | | 110 / 85 | | Frecuencia Cardiaca: | | 72 x minuto | | Frecuencia Respiratoria: | | 16 x minuto | | | | | |
| Temperatura: | | °C | | Peso: | | 63.00 kg | | Talla: | | 168 cm | | IMC: | | 22.32 Normal | |
| Perimetro Abdominal: | | cm | | Interpretación: | | | | Lateralidad Dominante: | | DIESTRO | | | | | |

| EXAMEN FÍSICO | |
|-----------------------|---------------------------------------------|
| Hallazgo | |
| Tegumentario | |
| ATROFIA | NO SE OBSERVA |
| Hallazgo | |
| Cuello | |
| ADENOPATIAS | NO |
| INGURGITACION YUGULAR | NO |
| MASAS | NO |
| MOVILIDAD | NORMAL |
| Hallazgo | |
| Tórax | |
| EXPANSIÓN TORÁCICA | SIMÉTRICA NORMAL |
| GANGLIOS AXILARES | NEGATIVO |
| MAMAS Y PEZÓN | NORMALES |
| Hallazgo | |
| Cabeza | |
| CUERO CABELLUDO | NORMAL |
| Hallazgo | |
| Cardio Pulmonar | |
| AUSCULTACION PULMONAR | RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS |
| RUIDOS CARDIACOS | RITMICOS, BIEN TIMBRADOS, SIN SOPLOS |
| Hallazgo | |
| Abdomen | |
| AUSCULTACION | RUIDOS INTESTINALES PRESENTES NORMALES |
| INSPECCIÓN | NORMAL |
| PALPACIÓN | BLANDO, NO DOLOROSO, NO MASAS, NO MEGALIAS |
| Hallazgo | |
| Genitales | |
| GENITALES EXTERNOS | NORMAL |
| Hallazgo | |
| Ojos | |

| | |
|-----------------------------------|------------------------|
| ESCLERAS COLOR | ANICTERICAS |
| ESTRABISMO | NO |
| HIPEREMIA CONJUNTIVAL | NO |
| PUPILAS - NORMORREACTIVA A LA LUZ | SI |
| Neurológico Hallazgo | |
| FUERZA MUSCULAR | NORMAL |
| SENSIBILIDAD | CONSERVADA NORMAL |
| Oídos Hallazgo | |
| AUDICIÓN | NORMAL |
| OTOSCOPIA | NORMAL |
| PABELLÓN | NORMAL |
| Nariz Hallazgo | |
| RINORREA | NO |
| SANGRADO (EPISTAXIS) | NO |
| TABIQUE | NORMAL |
| Boca Hallazgo | |
| DENTADURA | COMPLETA |
| MUCOSA ORAL | HÚMEDA |
| Extremidades Hallazgo | |
| DEFORMIDAD | NO |
| EDEMAS | NO |
| INSPECCION | SIMETRICAS, EUTROFICAS |
| Osteomuscular Hallazgo | |
| ARTICULACIONES | NORMAL |
| Otros Hallazgos Hallazgo | |
| OBSERVACIONES | NO APLICA |

| CONSULTAS REALIZADOS | | |
|--------------------------------------|-------|-----------|
| Examen Paraclínico y/o Procedimiento | Valor | Resultado |
| CONSULTA DE MEDICINA GENERAL | N | NO APLICA |

| EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS | | |
|--------------------------------------|-------|-----------|
| Examen Paraclínico y/o Procedimiento | Valor | Resultado |
| AUDIOMETRIA | N | NO APLICA |
| OPTOMETRIA | N | NO APLICA |
| EXAMEN PSICOSENSOMETRICO | N | NO APLICA |

| CIE 10 | DIAGNÓSTICO | ORIGEN | TIPO |
|--------|-------------|--------|------|
| | | | |

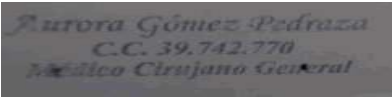
| ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0 | | | |
|----------------------------|-----------|------|----------------|
| NOMBRE DEL MEDICAMENTO | POSOLOGÍA | CANT | FECHA CREACIÓN |
| NO APLICA | NO APLICA | 0 | NO APLICA |

| ORDEN A SERVICIOS N° 0 | | | |
|------------------------|---------------|------|----------------|
| NOMBRE DEL SERVICIO | OBSERVACIONES | CANT | FECHA CREACIÓN |
| NO APLICA | NO APLICA | 0 | NO APLICA |

| ORDEN DE REMISION A ESPECIALISTA N° 0 | | |
|---------------------------------------|-----------------------|----------------|
| NOMBRE DE LA ESPECIALIDAD | MOTIVO DE LA REMISIÓN | FECHA CREACIÓN |
| NO APLICA | NO APLICA | NO APLICA |

| ORDEN DE INCAPACIDAD N° 0 | | | |
|---------------------------|------|-----------|----------------|
| MOTIVO DE LA INCAPACIDAD | DIAS | TIPO | FECHA CREACIÓN |
| NO APLICA | 0 | NO APLICA | NO APLICA |

MÉDICO



Firma: _____
Nombre: GOMEZ PEDRAZA BLANCA AURORA
R. M.: 39742770

PACIENTE

Firma: _____
Nombre: ROMERO ROZO DANIEL SANTIAGO
CC: 1000575241