


**CERTIFICADO DE APTITUD FISICA MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ**
**DATOS PERSONALES**
**Atención N°: 408**
**Ciudad y Fecha:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) 27/04/2024 **Empresa:** METRO JUNIORS

**Tipo Evaluación Médica:** EXAMEN FISICO MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ **Cargo:** CONDUCTOR

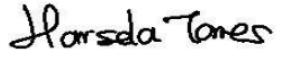
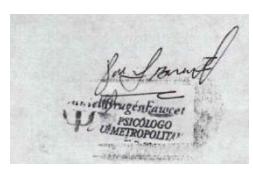
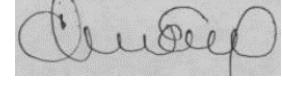
**Nombres y Apellidos:** CARLOS DANIEL SIERRA BOBADILLA **CC:** 1020838702 **de:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)

**Fecha de Nacimiento:** 28/01/1999 **Edad:** 25 AÑOS **Lugar de Nacimiento:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)

**Dir. Residencia:** DIG 183A #03-34

**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:

<b>Concepto de Optometría</b>	<b>Nombre</b>	<b>R.M:</b>	<b>Huella</b>	<b>Firma</b>
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. SE SUGIERE CONTROL POR OPTOMETRIA Y CAMBIO DE LENTES LO MAS PRONTO POSIBLE	ANGELA BIVIANA PUENTES USSA	52966366		
<b>Concepto de Fonoaudiología</b>	<b>Nombre</b>	<b>R.M:</b>	<b>Huella</b>	<b>Firma</b>
Candidato <b>apto</b> , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numeral 2. CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	LICEDY MARSELIA TORRES TORRES	53000558		
<b>Concepto de Psicología</b>	<b>Nombre</b>	<b>R.M:</b>	<b>Huella</b>	<b>Firma</b>
PACIENTE CONSCIENTE UBICADO TEMPORALMENTE, LENGUAJE COHERENTE, NIEGA ANTECEDENTES MENTALES, SU FUNCION MOTRIZ EN EXCELENTE ESTADO. según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales del 10 al 13. El paciente no presenta dificultades de ejecución que se evidencia durante la aplicación del test psicomotriz.	DANIEL DE JESUS BRUGES FAWCETT	7140 270		
<b>Concepto de Medicina General</b>	<b>Nombre</b>	<b>R.M:</b>	<b>Huella</b>	<b>Firma</b>
SIN ANTECEDENTES MÉDICOS DE IMPORTANCIA, EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES, EN SOBREPESO BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR POR PERÍMETRO ABDOMINAL, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (DIETA Y EJERCICIO) SEGÚN ANEXO I DE RESOLUCIÓN 217 DE 2014 CONSIDERO PACIENTE APTO PARA CONDUCIR	ARANGO MORENO CLARA EUGENIA	15 1618/2014		

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





## AUDIOMETRÍA

### DATOS PERSONALES

Atención N°: 966

Fecha:	27/04/2024	Ciudad:	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	Eps:	SALUD TOTAL	
Tipo Examen:			EXAMEN PSICOSENSOMETRICO			
CC:	1020838702	Nombre:	SIERRA BOBADILLA CARLOS DANIEL	Edad:	25 AÑOS 3 M	
Fecha Nacimiento:		28/01/1999	Empresa:	METRO JUNIORS	Ocupacion:	MASCULINO
				CODUCTOR		

### ANTECEDENTES AUDITIVOS LABORALES

Empresa	Cargo	Tipo de Protección	Tolerancia	Años	Meses
METRO JUNIOR	CONDUCTOR	NINGUNA	NO APLICA	0	0

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Antecedente en	Observación	Antecedente en	Observación
OTITIS	NO REFIERE	HIPOAUDIOLOGIA 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:	SI
Marca y Referencia audiometró utilizado:	OSCILLA USB 310			F. Ultima Calibración: 2019-06-17

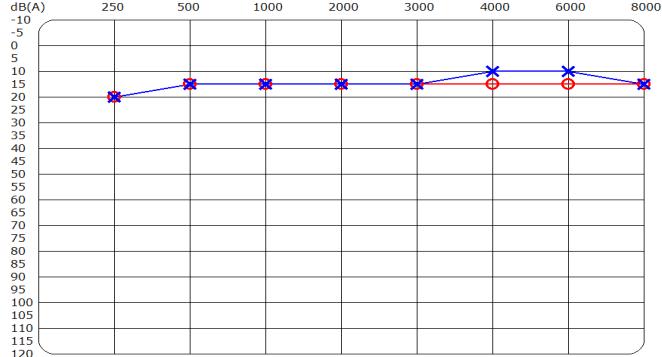
: Vía aérea del OD       : Vía aérea del OI  
 < : Vía ósea del OD (sin enmascarar OI)      > : Vía ósea del OI (sin enmascarar OD)

### OTOSCOPIA

Oído derecho: NORMAL

Oído izquierdo: NORMAL

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



### SEVERIDAD - CAOHC

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

Código	Nombre del Diagnóstico	Oido	Origen	Tipo
Z011	EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICIÓN	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

RECOMENDACION	OBSERVACION
CONTROL AUDITIVO EN UN AÑO	

### Observaciones

### FONOAUDIÓLOGO

*Marsela Torres*

Firma:  
 Nombre: TORRES TORRES LICEDY MARSELLA  
 R. M.: 53000558      L.S.O.:

### TRABAJADOR

Firma:  
 Nombre: SIERRA BOBADILLA CARLOS DANIEL  
 CC: 1020838702



## EXAMEN DE OPTOMETRÍA

### DATOS PERSONALES

**Atención N°: 1,049**

**Fecha:** 27/04/2024 **Municipio:** BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) **CC:** 1020838702 **Nombre:** SIERRA BOBADILLA CARLOS DANIEL **Edad:** 25 AÑOS 3  
**Genero:** MASCULINO **Profesión o Cargo:** CODUCTOR **Empresa:** METRO JUNIORS  
**Eps:** SALUD TOTAL **Tipo Evaluación Medica:** EXAMEN PSICOSENSOMETRICO **F. Último Examen:** 17/07/2024  
**Lugar del Último Examen:** PARTICULAR **Motivo Consulta:** PARTICULAR

### 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
TRAЕ 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/ 100	100	22	20/25		20/ 20/25	20/25
O.I:	NO APLICA	20/100	100	30	20/50		20/ 20/50	20/50
A.O:	NO APLICA	20/ 100	100	20	25		20/25	20/25

#### EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: NO REVISADO

OJO IZQUIERDO: NO REVISADO

#### 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
H522	ASTIGMATISMO	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

**CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES**

CONTROL EN 6 MESES

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:**

SE SUGIERE CONTROL POR OPTOMETRIA Y CAMBIO DE LENTES LO MAS PRONTO POSIBLE

**OPTOMETRA**

Firma:

Nombre: PUENTES USSA ANGELA BIVIANA

R. M.: 52966366

L.S.O.:

**PACIENTE**

Firma:

Nombre: SIERRA BOBADILLA CARLOS DANIEL

CC: 1020838702



## PRUEBA PERCEPTIVO-MOTORA

### Datos del Paciente

Nº Atención: 612

Municipio:	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	Fecha Atención:	27/04/2024 07:56:38a. m.
Tipo Doc:	CC Cedula: 1020838702	Nombres y Apellidos:	SIERRA BOBADILLA CARLOS DANIEL
Edad:	25 AÑOS 3 M	Cargo:	CODUCTOR
Teléfono:		Empresa:	METRO JUNIORS
	Celular: 3144402640		

### Exploración Aptitud Perceptivo - Motora:

EXÁMEN	PARÁMETROS	RANGOS DE APROBACIÓN	RESULTADO
ATENCIÓN CONCENTRADA Y RESISTENCIA A LA MONOTONÍA	TIEMPO MEDIO DE RESPUESTA	<=0 - 690 ms	615
	NÚMERO DE ERRORES	<=0 - 5 errores	1
REACCIONES MÚLTIPLES	TIEMPO MEDIO DE REACCIÓN DE RESPUESTA	<=0 - 1140 ms	932
	NÚMERO DE ERRORES	<=0 - 7 errores	2
VELOCIDAD DE ANTICIPACIÓN	TIEMPO MEDIO DE DESVIACIÓN	<=0 - 830 ms	12.75
COORDINACIÓN BIMANUAL	NÚMERO DE ERRORES	<= 0 - 15 errores	1
	TIEMPO TOTAL DE ERROR	<=0 - 430 ms	208
REACCIÓN AL FRENADO	TIEMPO MEDIO DE REACCIÓN AL FRENADO	<=0 - 750 ms	631
INTELIGENCIA PRACTICA	INTELIGENCIA PRACTICA	PRESENTÓ	SI
PERSONALIDAD Y SUSTANCIAS	10.1 Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos psicóticos	<=P70	NO
	10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica	<=P70	NO
	10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	<=P70	NO
	10.4 Trastornos del estado de ánimo	<=P70	NO
	10.5 Trastornos dissociativos	<=P70	NO
	10.6 Trastornos del sueño	<=P70	NO
	10.7 Trastornos del control de impulsos	<=P70	NO
	10.8 Trastornos de personalidad	<=P70	NO
	10.9 Trastornos del desarrollo intelectual	<=P70	NO
	10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador	<=P70	NO
	11.1 11.2 11.3 Abuso, dependencia y trastornos inducidos por el alcohol	<=P70	NO
	11.4 11.5 11.6 11.7 Consumo habitual, abuso, dependencia y trastornos inducidos de sustancias psicoactivas	<=P70	NO

### Resultado Exploración Aptitud Perceptivo - Motora:

PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE COHERENTE, NIEGA ANTECEDENTES MENTALES. AREA MOTRIZ EXCELENTE

Concepto: \_\_\_\_\_

### Recomendaciones:

NO APLICA



---

**FIRMA PROFESIONAL - Psicológa**

BRUGES FAWCETT DANIEL DE JESUS

**Registro:** 7140270

**CONSENTIMIENTO 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.



**HISTORIA CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA  
POR ENFERMEDAD GENERAL**

**DATOS PERSONALES**

**Atención N°: 1,355**

Ciudad y Fecha: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) 27/04/2024 - 10:33 A. M. Empresa: METRO JUNIORS  
 Tipo Evaluación Medica: EXAMEN PSICOSENSOMETRICO Cargo: CODUCTOR  
 Nombres y Apellidos: SIERRA BOBADILLA CARLOS DANIEL CC: 1020838702 de BOGOTÁ Fecha de Nacimiento: 28/01/1999  
 Edad: 25 AÑOS Lugar de Nacimiento: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Dir. Residencia: DIG 183A #03-34  
 Estudios: SECUNDARIA Estado Civil: SOLTERO(A) E.P.S: SALUD TOTAL A.F.P: COMPENSACIONES A.R.L: SURA

**MOTIVO DE LA CONSULTA**

NO APLICA

**ENFERMEDAD ACTUAL**

NO APLICA

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Item	Observación
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	MAMA
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
INMUNOLÓGICOS	NO REFIERE
HOSPITALIZACIONES	NO REFIERE
TOXICOS ALERGICOS	NO REFIERE
TRAUMATICO	FRACTURA DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO
QUIRURGICOS	OSTEOSINTESIS DE RADIO Y CUBITO IZQUIERDO
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
DERMATOLÓGICO	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	FUTSAL	SI	8	HORAS A LA SEMANA
DEPORTES DE CHOQUE	NO APLICA	NO	0	HORAS A LA SEMANA
OFICIOS DOMÉSTICOS	ASEO DEL HOGAR	SI	1	HORAS A LA SEMANA

#### HÁBITOS TÓXICOS

Habito	Observación	Refiere	Cant	Frecuencia
CONSUMIDOR DE ALCOHOL	AÑOS DE CONSUMO	SI	0	OCASIONAL
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	NINGUNO

#### SIGNOS VITALES

Tension Arterial: 120 / 60      Frecuencia Cardiaca: 78 x minuto      Frecuencia Respiratoria: 16 x minuto  
 Temperatura: 37.00 °C      Peso: 76.00 kg      Talla: 170 cm      IMC: 26.30 Preobeso  
 Perímetro Abdominal: 85cm      Interpretación: Bajo Riesgo      Lateralidad Dominante: DIESTRO

#### EXAMEN FÍSICO

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

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

#### CONSULTAS REALIZADOS

Examen Paraclínico y/o Procedimiento	Valor	Resultado
CONSULTA DE MEDICINA GENERAL	A	SIN ANTECEDENTES MÉDICOS DE IMPORTANCIA, EXAMEN FÍSICO SIN ALTERACIONES, EN SOBREPESO BAJO RIESGO CARDIOVASCULAR POR PERÍMETRO ABDOMINAL, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A ESTILOS DE VIDA SALUDABLE (DIETA Y EJERCICIO) SEGÚN ANEXO I DE RESOLUCIÓN 217 DE 2014 CONSIDERO PACIENTE APTO PARA CONDUCIR

#### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Examen Paraclínico y/o Procedimiento	Valor	Resultado
AUDIOMETRIA	A	AUDICIÓN PERIFÉRICA BILATERAL DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES
OPTOMETRIA	A	HIPERMETROPIA AMBOS OJOS, SE SUGIERE CONTROL Y CAMBIO DE LENTES
EXAMEN PSICOSENSOMETRICO	A	PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, LENGUAJE COHERENTE. NIEGA ANTECEDENTES MENTALES. COORDINACIÓN MOTRIZ EN EXCELENTE ESTADO.

CIE 10	DIAGNÓSTICO	ORIGEN	TIPO
Z000	EXAMEN MEDICO GENERAL	ENFERMEDAD GENERAL	PRINCIPAL

#### ORDEN DE MEDICAMENTOS N° 0

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	POSOLOGÍA	CANT	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	NO APLICA	0	NO APLICA

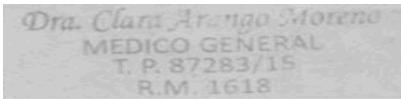
#### ORDEN A SERVICIOS N° 0

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	
<b>ORDEN DE INCAPACIDAD N° 0</b>			
MOTIVO DE LA INCAPACIDAD	DIAS	TIPO	FECHA CREACIÓN
NO APLICA	0	NO APLICA	NO APLICA

**MÉDICO**

Firma:

Nombre: ARANGO MORENO CLARA EUGENIA

R. M.: 15 1618/2014

**PACIENTE**

Firma:

Nombre: SIERRA BOBADILLA CARLOS DANIEL

CC: 1020838702