

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA MENTAL Y DE COORDINACIÓN  
MOTRIZ

Según lo establecido por la Resolución 000217 de 2014, expedida por el Ministerio de Transporte

ORGANISMO CERTIFICADOR: CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE

CONDUCTORES MEDICAL CARS SAS NIT: 901713386 - 6

CENTRO DE EVALUACIÓN: CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES  
MEDICAL CARS SAS

|                                     |                                       |
|-------------------------------------|---------------------------------------|
| Dirección:                          | Calle 19 #7a 15, Soacha, Cundinamarca |
| Teléfono:                           | 3212321323                            |
| Habilitación Ministerio Transporte: | 00                                    |
| Sec. Salud - Registro Habilitación: | 257540492001                          |
| Acreditación:                       | 23CEP079                              |

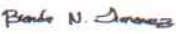

## IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA

|   |  |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
|---|--|----------|----------|------------------|---------------------|----------------------|----|--------------------|----------|-----------------------|-----|----------------------|------------|-------|----|-------|---|---------------|-----------|------------------|----------|------------|---|------|--------------------|------------------------|--------------|------------|------------------|-----------|------------|--------------------|--------|--------------------|-------|---------------------|---------------------|
| <br>11/03/2025 10:40:01 | <table><tr><td>Nombres:</td><td>GONZALO</td></tr><tr><td>Apellidos:</td><td>GONZALEZ SANCHEZ</td></tr><tr><td>Tipo Identificación:</td><td>CC</td></tr><tr><td>Nº Identificación:</td><td>19232976</td></tr><tr><td>Grupo Sanguíneo y RH:</td><td>A +</td></tr><tr><td>Fecha de Nacimiento:</td><td>1954/03/09</td></tr><tr><td>Edad:</td><td>71</td></tr><tr><td>Sexo:</td><td>M</td></tr><tr><td>Estado Civil:</td><td>Casado(a)</td></tr><tr><td>Nivel Educativo:</td><td>Primaria</td></tr><tr><td>Ocupación:</td><td>CONDUCTORES DE CAMIONES Y VEHICULOS PESADOS</td></tr><tr><td>EPS:</td><td>FAMISANAR LTDA EPS</td></tr><tr><td>Regimen de Afiliación:</td><td>Contributivo</td></tr><tr><td>Dirección:</td><td>CRA 16 N 14 C 10</td></tr><tr><td>Teléfono:</td><td>3116308485</td></tr><tr><td>Ciudad Residencia:</td><td>Soacha</td></tr><tr><td>Numero de Factura:</td><td>10578</td></tr><tr><td>Fecha de Impresión:</td><td>11/03/2025 11:24:25</td></tr></table> | Nombres: | GONZALO  | Apellidos:       | GONZALEZ SANCHEZ    | Tipo Identificación: | CC | Nº Identificación: | 19232976 | Grupo Sanguíneo y RH: | A + | Fecha de Nacimiento: | 1954/03/09 | Edad: | 71 | Sexo: | M | Estado Civil: | Casado(a) | Nivel Educativo: | Primaria | Ocupación: | CONDUCTORES DE CAMIONES Y VEHICULOS PESADOS | EPS: | FAMISANAR LTDA EPS | Regimen de Afiliación: | Contributivo | Dirección: | CRA 16 N 14 C 10 | Teléfono: | 3116308485 | Ciudad Residencia: | Soacha | Numero de Factura: | 10578 | Fecha de Impresión: | 11/03/2025 11:24:25 |
| Nombres:  | GONZALO  |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Apellidos:  | GONZALEZ SANCHEZ   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Tipo Identificación:  | CC   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Nº Identificación:  | 19232976   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Grupo Sanguíneo y RH:   | A +  |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Fecha de Nacimiento:  | 1954/03/09   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Edad:   | 71   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Sexo:   | M  |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Estado Civil:   | Casado(a)  |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Nivel Educativo:  | Primaria   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Ocupación:  | CONDUCTORES DE CAMIONES Y VEHICULOS PESADOS  |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| EPS:  | FAMISANAR LTDA EPS   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Regimen de Afiliación:  | Contributivo   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Dirección:  | CRA 16 N 14 C 10   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Teléfono:   | 3116308485   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Ciudad Residencia:  | Soacha   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Numero de Factura:  | 10578  |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Fecha de Impresión:   | 11/03/2025 11:24:25  |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Contacto caso de emergencia y/o acompañante:  | ANA ROZO   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Teléfono (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):   | 3204783920   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Parentesco (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):   | Conyugue   |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Fecha inicio vigencia:  | 11/03/2025 11:23:01  |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Fecha vencimiento:  | 07/09/2025 11:23:01  |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Nº de Reconocimiento:   | 10648  |          |          |                  |                     |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Trámite   | Categoría  | Grupo    | Concepto | Nº Resultado     | Nº certificado RUNT |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |
| Refrendación  | C2   | Grupo 2  | APTO     | A-0152-000012273 | 47957128            |                      |    |                    |          |                       |     |                      |            |       |    |       |   |               |           |                  |          |            |   |      |                    |                        |              |            |                  |           |            |                    |        |                    |       |                     |                     |

**CERTIFICA QUE:**  
Teniendo en cuenta que el usuario identificado en este documento, solicita ser evaluado de su aptitud medica para conducir de conformidad a lo establecido en la Resolución 0217 de 2014 anexo I, la Resolución 20223040030355 de 2022, 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 <b>apto</b> , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales 1.1 al 1.7.                                  | FRANKLIN PIZA MACETA | 10306897<br>75 | <br>21/05/2024_8 54:38   |   |
| Concepto de Fonoaudiología   | Nombre               | R.M:           | Huella   | Firma   |
| Candidato <b>apto</b> , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numeral 2.1. y/o la resolución 20223040030355 de 2022. | GRACIELA NUÑEZ ROA   | 5692           | <br>08/11/2023_11 23:34 |  |
| Concepto de Psicología   | Nombre               | R.M:           | Huella   | Firma   |
| Candidato <b>apto</b> , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales del 10 al 13.                                | LAURA NUÑEZ ROA      | 273793         | <br>03/11/2023_10 18:58 |  |
| Concepto de Medicina General   | Nombre               | R.M:           | Huella   | Firma   |
| Candidato <b>apto</b> , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I.  | LUIS CONTO FIGUEROA  | 00067495       | N.A.<br>31/05/2023_13 10:29  |  |

|  |                     |
|--|---------------------|
| Concepto Final   | Trámite - Categoría |
| Cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014 anexo I   | Refrendación C2     |
| (Código) Restricciones - Observación   |                     |
| Observaciones / Vigencia   |                     |
| Hipertensión arterial bajo tratamiento medico Candidato cumple con los rangos de aprobación de acuerdo a la resolución 0217 14 y/o 20223040030355 31 05 2022 |                     |
| Limitaciones físicas progresivas   | Fecha Vigencia      |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <br>Firma Profesional Certificador<br>BRENDA JIMENEZ GARCIA RM: 273545<br>Declaro bajo la gravedad de juramento que el dictamen se ajusta a la realidad medica del usuario. | <br>01/11/2023_8 37:24<br>Huella Profesional | Firma Usuario Certificado<br>Declaro bajo la gravedad de juramento 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 apego a la verdad |
| Vigencia del Certificado: este certificado tiene vigencia de seis(6) meses según lo establecido en la resolución 1298 de 2018 del Ministerio de Transporte  |   |   |
| Conforme a ley se da cumplimiento a la ley 527 acorde a la resolución 3100 Numeral 11.1.6 Estándares de Historia Clínica y Registros.   |   |   |