



SOLICITUD

CER-FT-01

V.03- 20/06/2020

Página 1 de 1

CIUDAD	Bogotá	FECHA	18-06-2024
NOMBRES Y APELLIDOS	Oscar Javier Nino Pardo	RH:	AT
Documento de Identidad	C.C. X	TI	C.E.
Fecha de Nacimiento:	21 1976	No.	79870047
Dirección	Calle 136 # 159 A 26	Temperatura:	
Escolaridad	Ninguna	Fecha de expedición de cédula:	07 02 1994
	Primaria	Edad:	48
	Secundaria X	Teléfono	3108627615
	Universitaria		
	Postgrado		

NOMBRE Y FIRMA DE ACUDIENTE (Si aplica)		MARQUE CON UNA "X" EL ALCANCE REQUERIDO	
TIPO DE TRAMITE		CATEGORÍAS	
Primera vez <input type="checkbox"/>	Refrendación <input type="checkbox"/>	Recategorización <input type="checkbox"/>	A1 A2 B1 B2 C1 C2 B3 C3

ACEPTACIÓN DE REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN

1. He leído, los **Requisitos de Certificación** (publicado en cartelera) y acepto los requisitos establecidos en cuanto al proceso de certificación, los requisitos de certificación, los derechos de los aspirantes, y los deberes de las personas certificadas, incluyendo las políticas de uso del certificado.
2. Entiendo que el procedimiento para obtener el **Certificado de Aptitud física, mental y de coordinación motriz** está reglamentado en el esquema de certificación definido por el Ministerio de Transporte (Resolución 217/14 y Anexos Resolución 12336/12), el cual establece los rangos de aprobación con los cuales se determinará mi aptitud física, mental y de coordinación motriz.
3. Estoy completamente de acuerdo en que me realicen entrevistas, exploraciones y valoraciones que permitan determinar mi aptitud física, mental y de coordinación motriz.
4. Declaro que la información a suministrar es cierta y completa, y que no desfiguraré la verdad, ni ocultaré la existencia de enfermedades, y que exoneró a la organización de las consecuencias que se generen como consecuencia de la información incompleta suministrada.
5. Acepto que en el caso de requerir el aporte de **Soportes de evaluación y diagnóstico**, procederé a realizar las valoraciones solicitadas, con instituciones clínicas públicas, privadas o particulares, para cooperar ágilmente con el proceso de expedición del Certificado, antes de sesenta (60) días. El certificado de aptitud física, mental y de coordinación motriz, tienen vigencia de 180 días calendario, pasado dicho tiempo, desaparecerá del sistema HQ RUNT.
6. Entiendo que el proceso de certificación genera la entrega de un certificado, siempre y cuando cumpla los criterios de certificación, y que este proceso no es parte de un tratamiento, ni recibiré medicamento alguno para tratamientos de patologías.
7. Firmo este documento al respaldo, **LEGITIMANDO** mi capacidad legal para consentir.
8. Autorizo a la organización, a que la información de mi evaluación (historia clínica) y mis datos personales, confidenciales y sensibles, sean mantenidos, procesados, examinados, verificados y custodiados por el Centro de Reconocimiento de Conductores a través del Comité de Historias Clínicas, por el Sistema de Control y vigilancia y/o Sistema Integrado de Seguridad, y organismos estatales interesados en el proceso de certificación, y sus integrantes o participantes, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Protección de Datos (1581/12) y Resolución 1995/99 expedida por el Ministerio de Salud y complementarias.
9. Por medio de mi firma me comprometo a: (a) No divulgar la información de las pruebas y el centro de reconocimiento de conductores; (b) No realizar prácticas fraudulentas, con la información o el certificado; y (c) Informar sobre algún cambio en mi estado de salud que influya sobre el alcance de la certificación otorgada.

¿TERCEROS NO AUTORIZADOS SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1595 DE 1999 Y 2346 DE 2007, PUEDAN ACCEDER A LOS DATOS DE SU HISTORIA CLÍNICA Y ANEXOS, EN PROCESOS DE AUDITORIA INTERNA (PROCESOS QUE HACEN PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD), EXTERNA CON ONAC, O DIFERENTES A FINES MÉDICOS?

SI ☒ NO ☐

ACTA DE DECLARACION JURAMENTADA (En cada una de las preguntas a continuación, marque con una "X" "SI" o "NO")

1. ¿Has estado fuera de tu país en los últimos 14 días o en contacto con una persona que haya tenido COVID-19 confirmado?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Ha presentado: Fiebre de 38°C o más, Tos, Dificultad para respirar, Otros (dolor de garganta, dolor de cabeza, malestar general, congestión nasal) Cual?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
3. ¿Presenta o ha presentado alguna enfermedad importante? (diabetes, Hipertensión, u otra)	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
4. ¿Alguna vez ha presentado vértigo o trastornos del equilibrio?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
5. ¿Le han ordenado en alguna ocasión no realizar alguna actividad física o intelectual?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
6. ¿Posee algún aparato ortopédico?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
7. ¿Toma algún medicamento para dormir?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
8. ¿Usa lentes para leer, conducir o para otra actividad? Para leer _____ Visión Lejana _____ Conducir _____ Visión Cercana _____ Ver TV _____	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
9. ¿Presenta o ha presentado deficiencia auditiva?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
10. ¿Usa algún tipo de audifono para corrección de deficiencia auditiva?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
11. ¿Se encuentra bajo tratamiento médico para alguna enfermedad psiquiátrica (esquizofrenia, demencia, delirio, amnesia o alguna enfermedad de la personalidad)?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
12. ¿Consume licor con frecuencia que haya interferido con su vida familiar o laboral?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
13. ¿Consume algún tipo de droga psicotrópica?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>

El presente anexo, hace parte Integral de la historia clínica o informe de evaluación, del Candidato firmante. Sus datos serán tratados de acuerdo a la ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, resolución 1995 de 1999 y demás aplicables, custodia y acceso a la Historia clínica.

Por medio de mi firma acepto los "Requisitos de Certificación" establecidos por CERTICONDUCTORES BOGOTÁ S.A.S.
Bajo la gravedad de juramento declaro que he leído y entendido cada una de las preguntas y que he contestado de manera veraz.

Oscar Javier Nino P
FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD 71870047

Se requiere programación (discapacidad)	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	El solicitante cumple con prerrequisitos y obtiene la calidad de candidato?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Se requiere que candidato cuente con traductor	SI	<input checked="" type="checkbox"/>			
El CRC tiene la capacidad para prestar el servicio	SI	<input checked="" type="checkbox"/>			
Acción a tomar			Validado por:		

Observaciones o comentarios adicionales:

Nombre del Solicitante:

1.- EXAMEN CAPACIDAD AUDITIVA

Fecha: 18 06 2024

Exploración		
Declaración en salud	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
Examen Clínico	Comunicación oral	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Lectura y escritura	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Otoscopia	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Audiometría	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>

RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

Audición funcional bilateral leve descenso en Fc. agudas PRA 0013 OI 20, conducir con vidrios arriba; Apto sin alteración para desempeñar cargo. control anual.

Firma del profesional
FONOAUDIOLOGA
Rafaela 18-03-466

2.- EXAMEN CAPACIDAD MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

Fecha: 18 06 2024

Exploración		
Declaración juramentada	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
Examen Clínico	Actitud	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Autocontrol	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Inteligencia práctica	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Coordinación psicomotora	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>

RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

Resultados se encuentran dentro del promedio normal. No se evidencia ninguna alteración que pueda afectar sus actividades diarias.

Firma del profesional

3.- EXAMEN CAPACIDAD VISUAL

Fecha: 18 06 24

Exploración		
Declaración juramentada	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
Examen Clínico	Segmento anterior	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Motilidad - reflejos	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Visiometría	Sin uso de corrección <input type="checkbox"/> Con RX <input type="checkbox"/>

RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

La agudeza visual del paciente está por debajo de los parámetros normales AV 05 = 20/50 OI 20/60 se recomienda uso de gafas de forma permanente.

Firma del profesional

4.- EXAMEN CAPACIDAD FÍSICA GENERAL

Fecha:

Exploración		
Declaración juramentada	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes	Negativa <input type="checkbox"/>	Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
Examen Clínico	Estado general	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Reflejos	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	Equilibrio	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>
	TA: 120/80	FC: 75 X'
	Peso: 77 Kg	Talla: 183 cm
	Origen del Dx: EG <input checked="" type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/>	

RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

Paciente en buenas condiciones clínicas, vitalidad adecuada, sin antecedentes o salud de importancia, al examen físico sin alteraciones.

Firma del profesional

DECLARACIÓN FINAL DEL SOLICITANTE

Como usuario del servicio y **bajo la gravedad de juramento declaro:**
Que he leído, entendido, y respondido a mi fiel saber y entender cada una de las preguntas establecidas en la declaración en salud.
Que he sido examinado por los profesionales del CRC.
Firme al recibir el certificado
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 a la verdad.
Que fui informado por cada profesional, sobre los resultados y sobre las recomendaciones, restricciones y limitaciones hechas con base en ellos.
Que acepto que esta información sea incorporada a los archivos del Ministerio de Transporte y el Runt.
Que autorizo al CRC a entregar información confidencial a entidades competentes que lo soliciten con fines legales.
Que no utilizaré la certificación de modo que desprestigie al CRC.
Que recibo a conformidad el certificado expedido por el CRC.
Que no presentaré declaraciones relativas a la certificación diferentes del alcance para el que se otorgó la certificación.
No hacer ninguna declaración relativa a la certificación que el CRC, pueda considerar engañosa o que no sea autorizada.
No utilizaré el certificado en forma engañosa.
Que acepto que se genere una copia de seguridad de esta información, para que sea custodiada por
Para dar cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y al Decreto Reglamentario 1377 de 2013 autorizo mantener mis datos en la base, para el propósito indicado en el alcance de la certificación y propósitos para el examen de aptitud física mental y de coordinación motriz.
Que acepto que se valide la información para la validación manual ante el sistema de control y vigilancia de acuerdo a la resolución 13829 de la superintendencia de puertos y transporte

Firme al recibir el certificado

Firma

Documento de Identidad N°:

DECISIÓN DE LA CERTIFICACIÓN

Fecha:

No cumple ☐ Apto(a) ☐ Restricciones ☐ ,