



SOLICITUD

CER-FT-01

V.03- 20/06/2020

Página 1 de 1

FECHA	18-06-2024									
CIUDAD	Boat a									
NOMBRES Y APELLIDOS	Oscar Javier Núñez Barras									
Documento de Identidad	C.C. X TI C.E. No. 79870047									
Fecha de Nacimiento:	21 1976									
Dirección	Calle 136 # 159 A 26									
Escolaridad	Ninguna Primaria Secundaria X Universitaria Postgrado									
NOMBRE Y FIRMA DE ACUDIENTE (Si aplica)										
MARQUE CON UNA "X" EL ALCANCE REQUERIDO										
TIPO DE TRAMITE	CATEGORÍAS									
Primera vez	Refrendación	Recategorización	A1	A2	B1	B2	C1	C2	B3	C3

ACEPTACIÓN DE REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN

1. He leído los **Requisitos de Certificación** (publicado en cartelería) 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 desfigurará la verdad, ni ocultaré la existencia de enfermedades, y que exono 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 type="checkbox"/> NO <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 type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. ¿Presenta o ha presentado alguna enfermedad importante? (diabetes, Hipertensión, u otra) | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. ¿Alguna vez ha presentado vértigo o trastornos del equilibrio? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. ¿Le han ordenado en alguna ocasión no realizar alguna actividad física o intelectual? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. ¿Posee algún aparato ortopédico? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. ¿Toma algún medicamento para dormir? | SI <input type="checkbox"/> NO <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 type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. ¿Presenta o ha presentado deficiencia auditiva? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. ¿Usa algún tipo de audífono para corrección de deficiencia auditiva? | SI <input type="checkbox"/> NO <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 type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12. ¿Consumo licor con frecuencia que haya interferido con su vida familiar o laboral? | SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13. ¿Consumo algún tipo de droga psicotrópica? | SI <input type="checkbox"/> NO <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 Núñez P
FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD 79870047

Se requiere programación (discapacidad)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	El solicitante cumple con los requisitos y obtiene la calidad de candidato?	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Se requiere que candidato cuente con traductor	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
El CRC tiene la capacidad para prestar el servicio	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>		
Acción a tomar		Validado por:	

Observaciones o comentarios adicionales:

