

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

ORGANISMO CERTIFICADOR: CRC EXAMINATE BOGOTA SAS NIT: 900689783 - 0

CENTRO DE EVALUACIÓN: CRC EXAMINATE BOGOTA

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Dirección:                          | CALLE 41 # 13A - 07 PISO 2 , Bogotá, D.C., Bogotá |
| Teléfono:                           | 4929684   |
| Habilitación Ministerio Transporte: | 2803  |
| Sec. Salud - Registro Habilitación: | 1100128000  |
| Acreditación:                       | 14CEP104  |

## IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



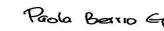
30/01/2024 10:26:17

|                        |  |
|------------------------|--|
| Nombres:               | FREDERIK ALONSO                            |
| Apellidos:             | ROMERO CARDENAS                            |
| Tipo Identificación:   | CC   |
| Nº Identificación:     | 80086963                                   |
| Grupo Sanguíneo y RH:  | A -  |
| Fecha de Nacimiento:   | 1980/12/25                                 |
| Edad:                  | 43   |
| Sexo:                  | M  |
| Estado Civil:          | Soltero/a                                  |
| Nivel Educativo:       | Tecnólogo                                  |
| Ocupación:             | CONDUCTORES DE BUSES MICROBUSES Y TRANVIAS |
| EPS:                   | SANITAS S.A. EPS                           |
| Regimen de Afiliación: | Contributivo                               |
| Dirección:             | CR 7#155-57                                |
| Teléfono:              | 0  |
| Ciudad Residencia:     | Bogotá, D.C.                               |
| Número de Factura:     | 47217                                      |
| Fecha de Impresión :   | 07/02/2024 13:45:55                        |

|   |                     |
|---|---------------------|
| Contacto caso de emergencia y/o acompañante:              | LUZ CARDENAS        |
| Teléfono (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):   | 3105506683          |
| Parentesco (Contacto caso de emergencia y/o acompañante): | Madre               |
| Fecha inicio vigencia:                                    | 30/01/2024 10:57:00 |
| Fecha vencimiento:  | 28/07/2024 10:57:00 |
| Nº de Reconocimiento:                                     | 48954               |
| Trámite   | Categoría           |
| Refrendación  | A2                  |
|   | Grupo               |
|   | Concepto            |
|   | Nº Resultado        |
|   | Nº certificado RUNT |
|   | Refrendación        |
|   | A2                  |
|   | Grupo 1             |
|   | APTO                |
|   | A-0148-000053925    |
|   | 34792245            |

## 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.                                  | LUISA ORTIZ RIOS          | 10324864<br>31 | N.A.<br>20/09/2023, 8:39:32   |   |
| 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. | PAOLA BERRIO GUERRERO     | 10265725<br>83 | <br>26/09/2023, 14:24:43 |  |
| 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.                                | ORIANA NEIRA FAJARDO      | 261736         | N.A.<br>27/09/2023, 8:02:44   |  |
| 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.  | SEBASTIAN SIERRA BERMUDEZ | 4632004        | <br>26/09/2023, 14:40:33 |  |

| Concepto Final   | Trámite - Categoría |
|--|---------------------|
| Cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014 anexo I | Refrendación A2     |

| (Código) Restricciones - Observación |
|--------------------------------------|
| Observaciones / Vigencia             |
| Limitaciones físicas progresivas     |

| Fecha Vigencia |
|----------------|
|----------------|

|  |  |  |
|--|--|--|
|    | <br>28/03/2023, 9:28:11 | <b>Firma Usuario Certificado</b><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 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.                      |  |  |