

CRC EXAMINATE BOGOTA SAS (SOCIEDAD)

NIT: 900689783-0

ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

CRC EXAMINATE BOGOTA SAS (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	CALLE 41 NO 13A-07 PISO 2 BOGOTA
TELEFONO:	4929684
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 0002803
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012800001
ACREDITADOR:	ONAC

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT	
FECHA DE EVALUACION:	2025-03-10
FECHA DE CERTIFICACION:	2025-03-10
FECHA DE IMPRESION:	2025-03-10
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	
NUMERO DE FACTURA:	7334
TIPO DE SANGRE Y RH:	O+
NOMBRES: CARLOS ALBERTO	
NUMERO DE DOCUMENTO:	80195842
FECHA DE NACIMIENTO:	1983-06-30
SEXO:	M
RESIDENCIA:	BOGOTA
TELEFONO DOMICILIO:	3187814812
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	

EVALUACION MEDICA

1. Ha sido diagnosticado como hipertenso o en riesgo de presentar la enfermedad?
 2. alguna vez ha presentado un infarto agudo del miocardio y/o angina inestable?
 3. Si la pregunta anterior fue positiva, ha sido sometido a cirugía de revascularización?
 4. Tiene marcapasos, desfibrilador automático o prótesis valvulares?
 5. Ha sido diagnosticado con insuficiencia cardíaca o cardiopatía?
 6. Sufre de alteraciones del ritmo cardíaco?
 7. Le han diagnosticado aneurismas?
 8. Sufre de enfermedades vasculares periféricas?
 9. Sufre de dificultad respiratoria en reposo o cuando realiza un esfuerzo leve?
 10. Le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño?
 11. Sufre de somnolencia diurna?
 12. Ha sufrido de traumas mediastinales o de afecciones pleurales?
 13. Ha sido sometido o esa en lista de espera para un trasplante renal?
 14. Se le ha diagnosticado nefropatía? de qué tipo?
 15. Sufre de insuficiencia renal? crónica o aguda?
 16. Sufre de edema de miembros inferiores?
 17. Le han diagnosticado diabetes mellitus? qué tipo?
 18. Ha presentado alguna vez un cuadro de hipoglucemia?
 19. Sufre de hiper o hipo tiroidismo?
 20. Le ha diagnosticado alteraciones de la paratiroides?
 21. Le han diagnosticado enfermedades como: síndrome de cushing, feocromocitoma o enfermedad de addison?
 22. Ha sido sometido a quimioterapia o radioterapia? causa?
 23. Ha sufrido algún trastorno hematológico?
 24. Sufre de enfermedades como policitemia vera, anemias, trombocitopenia o leucopenia?
 25. Tiene trastornos de la coagulación? toma tratamiento anticoagulante?
 26. Existe alguna alteración congénita o adquirida, progresiva, que limite su movilidad?
 27. Es su talla, inconveniente para la conducción?
 28. Posee algún trastorno o patología muscular?
 29. Sufre de alteraciones del equilibrio o vértigo?
 30. Ha convulsionado alguna vez o ha sido diagnosticado como epiléptico?
 31. Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vascular transitorios o recurrentes?
 32. Ha sufrido o sufre de enfermedades encefálicas, medulares o periféricas, de tipo infeccioso, traumáticas o tumorales?
 33. Ha sufrido de enfermedades infecciosas?
 34. Sufre o ha sufrido de alergias? a qué?
 35. Está en tratamiento farmacológico actualmente? con cual?
- Estatuta: 168 Peso: 108 TA: 120/80 FC: 78 FR: 16

[illegible]

OBSERVACIONES

Paciente Sano al examen medico.

SEBASTIAN SIERRA BERMUDEZ

Firma Profesional
RM: 7600810

CRC EXAMINATE BOGOTA SAS (SOCIEDAD)
NIT: 900689783-0
ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

CRC EXAMINATE BOGOTA SAS (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	CALLE 41 NO 13A-07 PISO 2 BOGOTA
TELEFONO:	4929684
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 0002803
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012800001
ACREDITADOR:	ONAC

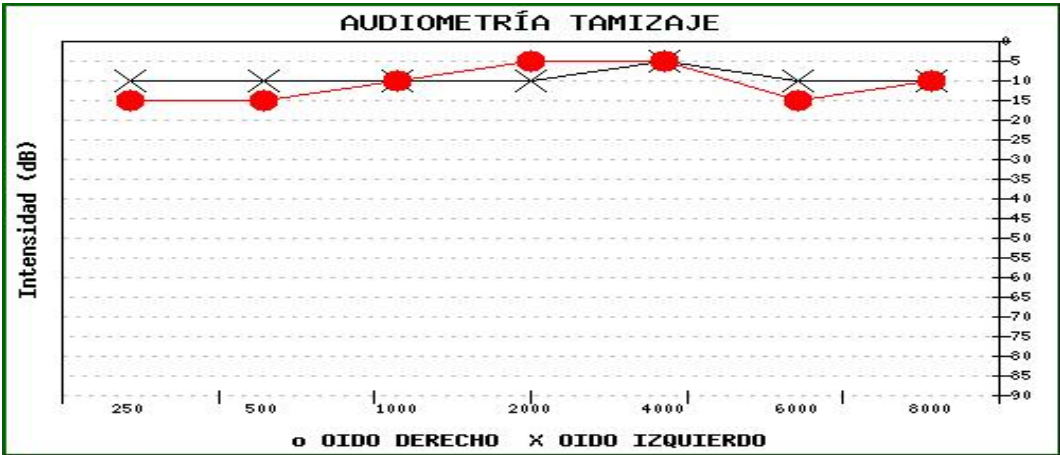
IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT	
FECHA DE EVALUACION:	2025-03-10
FECHA DE CERTIFICACION:	2025-03-10
FECHA DE IMPRESION:	2025-03-10
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	
NUMERO DE FACTURA:	7334
TIPO DE SANGRE Y RH:	O+
NOMBRES: CARLOS ALBERTO	
NUMERO DE DOCUMENTO:	80195842
FECHA DE NACIMIENTO:	1983-06-30
SEXO:	M
RESIDENCIA:	BOGOTA
TELEFONO DOMICILIO:	3187814812
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	

APELLIDOS: CASTRO MARTINEZ	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC
ESTADO CIVIL:	SOLTERO
EDAD:	41
OCUPACION:	CONDUCTOR
DOMICILIO: CRA 7 C 153 B 47	
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA:	

EVALUACION AUDITIVA



OBSERVACIONES:
. AUDICION NORMAL BILATERAL

Firma Profesional
PAOLA ANDREA BERRIO
RM: 1026572583

CRC EXAMINATE BOGOTA SAS (SOCIEDAD)
NIT: 900689783-0
ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

CRC EXAMINATE BOGOTA SAS (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	CALLE 41 NO 13A-07 PISO 2 BOGOTA
TELEFONO:	4929684
AUTORIZACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 0002803
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012800001
ACREDITADOR:	ONAC

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT	
FECHA DE EVALUACION:	2025-03-10
FECHA DE CERTIFICACION:	2025-03-10
FECHA DE IMPRESION:	2025-03-10
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	
NUMERO DE FACTURA:	7334
TIPO DE SANGRE Y RH:	O+
NOMBRES: CARLOS ALBERTO	
NUMERO DE DOCUMENTO:	80195842
FECHA DE NACIMIENTO:	1983-06-30
SEXO:	M
RESIDENCIA:	BOGOTA
TELEFONO DOMICILIO:	3187814812
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	

APELLIDOS: CASTRO MARTINEZ	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC
ESTADO CIVIL:	SOLTERO
EDAD:	41
OCUPACION:	CONDUCTOR
DOMICILIO: CRA 7 C 153 B 47	
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA:	

EVALUACION MOTRIZ

Prueba	Parametro	Rango de Aprobacion	Resultado
Atencion Concentrada y Resistencia A la Monotonia	Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR) Número de Errores	Max 720 MS Max 9 ERRORES	582 1 Errores
Reacciones Multiples	Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR) Número de Errores	Max 1150 MS Max 7 ERRORES	748 2 Errores
Coordinacion Bimanual	Tiempo Total de Error(TTE) Número de Errores	Max 19930 MS Max 15 ERRORES	569 2 Errores
Reaccion al Frenado	Tiempo Promedio de Reaccion	Max 730 MS	256
Velocidad de Anticipacion	Distancia Media de Desviacion	Max 780 MS	365

Observaciones

INTELIGENCIA 85 de 15, CI: 95 SUSTANCIAS APTO de 21 PERSONALIDAD APTO de 27

Valoracion Psicologica

. APTO



Firma Profesional
RM:

CRC EXAMINATE BOGOTA SAS (SOCIEDAD)
NIT: 900689783-0
ORGANISMO CERTIFICACION DE PERSONAS (MEDICA)

CRC EXAMINATE BOGOTA SAS (ESTABLECIMIENTO)

DIRECCION:	CALLE 41 NO 13A-07 PISO 2 BOGOTA
TELEFONO:	4929684
HABILITACION MINISTERIO TRANSPORTE:	Resolucion 0002803
SEC. SALUD - REGISTRO HABILITACION:	110012800001
CODIGO ACREDITACION:	ONAC

IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



INFORMACION IPS-RUNT	
FECHA DE EVALUACION:	2025-03-10
FECHA DE CERTIFICACION:	2025-03-10
FECHA DE IMPRESION:	2025-03-10
NUMERO CERTIFICADO RUNT:	
NUMERO CERTIFICADO O.C.:	
NUMERO DE FACTURA:	7334
TIPO DE SANGRE Y RH:	O+
NOMBRES: CARLOS ALBERTO	
NUMERO DE DOCUMENTO:	80195842
FECHA DE NACIMIENTO:	1983-06-30
SEXO:	M
RESIDENCIA:	BOGOTA
TELEFONO DOMICILIO:	3187814812
TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
TIPO DE VINCULACION:	

APELLIDOS: CASTRO MARTINEZ	
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC
ESTADO CIVIL:	SOLTERO
EDAD:	41
OCUPACION:	CONDUCTOR
DOMICILIO: CRA 7 C 153 B 47	
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA:	

EVALUACION VISUAL

Prueba	Parametro	Rango grupo1	Rango grupo2	Resultado
AGUDEZA VISUAL	LEJANA OD	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
AGUDEZA VISUAL	LEJANA OI	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
AGUDEZA VISUAL	LEJANA AMBOS OJOS	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
AGUDEZA VISUAL	CERCANA OD	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
AGUDEZA VISUAL	CERCANA OI	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
AGUDEZA VISUAL	CERCANA AMBOS OJOS	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
VISION NOCTURNA	BINOCULAR	>= 20 / 30	>= 20 / 30	20/20
CAMPO VISUAL	CAMPIMETRO IZQUIERDA	>= 120	>= 70	170
CAMPO VISUAL	CAMPIMETRO DERECHA	>= 120	>= 70	70
CAMPO VISUAL	PERIMETRIA IZQUIERDA	>= 70	>= 70	170
CAMPO VISUAL	PERIMETRIA DERECHA	>= 70	>= 70	70
VISION EN PROFUNDIDAD	LEJANA	75 Seg. 60%	40 Seg. 80%	85%
VISION EN PROFUNDIDAD	CERCANA	75 Seg. 60%	40 Seg. 80%	85%
DISCRIMINACION DE COLORES	BINOCULAR	>= Cuatro Numeros	>= Cuatro Numeros	6
SENSIBILIDAD AL CONTRASTE	BINOCULAR	<= 40% o 20/40	<= 40% o 20/40	20/20 - 10%
VISION EN ENCANDILAMIENTO	BINOCULAR	<= 5 Segundos	<= 5 Segundos	1Seg
PHORIAS	HORIZONTAL LEJANA	>= 1.5 y <= 6.5	>= 1.5 y <= 6.5	4.5
PHORIAS	VERTICAL LEJANA	>= 3.5 y <= 5.5	>= 3.5 y <= 5.5	4.5
PHORIAS	HORIZONTAL CERCANA	>= 2.5 y <= 7.5	>= 2.5 y <= 7.5	4.5
PHORIAS	VERTICAL CERCANA	>= 3.5 y <= 5.5	>= 3.5 y <= 5.5	4.5
RECUPERACION ENCANDILAMIENTOBINOCULAR		<= 3 Lineas	<= 3 Lineas	1 Linea
-Presento la evaluacion con lentes correctores?		NO		
-Presenta Cirugia refractiva diferente a afaquia?		NO		
-Tiene vision monocular?		NO		
-Presenta Escotomas relativos significativos en la sensibilidad retiniana		NO		
-Presenta Escotomas absolutos en puntos correspondientes de ambos ojos		NO		
-El aspirante presenta en el campo central Escotomas absolutos		NO		
-Presenta alteraciones en la capacidad de recuperacion al deslumbramiento		NO		
-El aspirante presenta alteraciones de la vision mesopica		NO		
-El aspirante presenta su funcion de sensibilidad al contraste normal		NO		
-El aspirante presenta ptosis que afecten su vision?		NO		
-El aspirante presenta lagofthalmias que afecten su vision?		NO		
-El aspirante presenta diplopia?		NO		
-Presenta nistagmus que le impide alcanzar los niveles de capacidad visual?		NO		
-Presenta nistagmus que pueda originar fatiga visual durante la conduccion?		NO		
-El aspirante presenta otros defectos de la vision binocular?		NO		
-El aspirante presenta estrabismos?		NO		
-Enfermedades progresivas que no le permiten alcanzar los niveles fijados?		NO		
-El aspirante presenta policromacia normal?		NO		
-Presenta reducciones significativas en alguno de sus meridianos?		NO		
-Presenta motilidad del globo ocular congenito?		NO		
-El aspirante presenta fatiga visual?		NO		
-El aspirante presenta afaquias o pseudoafaquias?		NO		

Observaciones

. BUENA VISION

Profesional
luisa Ortiz RM: 1032486431