

**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+

APELLIDOS: CASTRO MARTINEZ

NOMBRES: CARLOS ALBERTO

TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:

CC

NUMERO DE DOCUMENTO:

80195842

ESTADO CIVIL:

SOLTERO

FECHA DE NACIMIENTO:

1983-06-30

EDAD:

41

SEXO:

M

OCCUPACION:

CONDUCTOR

RESIDENCIA:

BOGOTA

DOMICILIO: CRA 7 C 153 B 47

TELEFONO DOMICILIO:

3187814812

NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:

TELEFONO ACOMPAÑANTE:

ASEGURADORA:

TIPO DE VINCULACION:

**EVALUACION MEDICA**

- 1.Ha sido diagnosticado como hipertenso o en riesgo de presentar la enfermedad? **NO**  
2.Alguna vez ha presentado un infarto agudo del miocardio y/o angina inestable? **NO**  
3.Si la pregunta anterior fue positiva, ha sido sometido a cirugia de revascularizacion? **NO**  
4.Tiene marcapasos, desfibrilador automatico o protesis valvulares? **NO**  
5.Ha sido diagnosticado con insuficiencia cardiaca o cardiopatia? **NO**  
6.Sufre de alteraciones del ritmo cardiaco? **NO**  
7.Le han diagnosticado aneurismas? **NO**  
8.Sufre de enfermedades vasculares perifericas? **NO**  
9.Sufre de dificultad respiratoria en reposo o cuando realiza un esfuerzo leve? **NO**  
10.Le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño? **NO**  
11.Sufre de somnolencia diurna? **NO**  
12.Ha sufrido de traumas mediastinales o de afecciones pleurales? **NO**  
13.Ha sido sometido o esa en lista de espera para un transplante renal? **NO**  
14.Se le ha diagnosticado nefropatia? de que tipo? **NO**  
15.Sufre de insuficiencia renal? cronica o aguda? **NO**  
16.Sufre de edema de miembros inferiores? **NO**  
17.Le han diagnosticado diabetes mellitus? que tipo? **NO**  
18.Ha presentado alguna vez un cuadro de hipoglicemia? **NO**  
19.Sufre de hiper o hipotiroidismo? **NO**  
20.Le ha diagnosticado alteraciones de la paratiroides? **NO**  
21.Le han diagnosticado enfermedades como: sindrome de cushing, feocromocitoma o enfermedad de addison? **NO**  
22.Ha sido sometido a quimioterapia o radioterapia? causa? **NO**  
23.Ha sufrido algun trastorno hematologico? **NO**  
24.Sufre de enfermedades como policitemia vera, anemias, trombocitopenia o leucopenia? **NO**  
25.Tiene trastornos de la coagulacion? toma tratamiento anticoagulante? **NO**  
26.Existe alguna alteracion congenita o adquirida, progresiva, que limite su movilidad? **NO**  
27.Es su talla, inconveniente para la conducción? **NO**  
28.Posee algun trastorno o patologia muscular? **NO**  
29.Sufre de alteraciones del equilibrio o vertigo? **NO**  
30.Ha convulsionado alguna vez o ha sido diagnosticado como epileptico? **NO**  
31.Ha sufrido de accidentes isquemicos cerebro-vascular transitorios o recurrentes? **NO**  
32.Ha sufrido o sufre de enfermedades encefalicas, medulares o perifericas, de tipo infeccioso, traumáticas o tumorales? **NO**  
33.Ha sufrido de enfermedades infecciosas? **NO**  
34.Sufre o ha sufrido de alergias? a que? **NO**  
35.Esta en tratamiento farmacologico actualmente? con cual? **NO**

Estatura:168 Peso: 108 TA: 120/80 FC: 78 FR: 16

**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)**

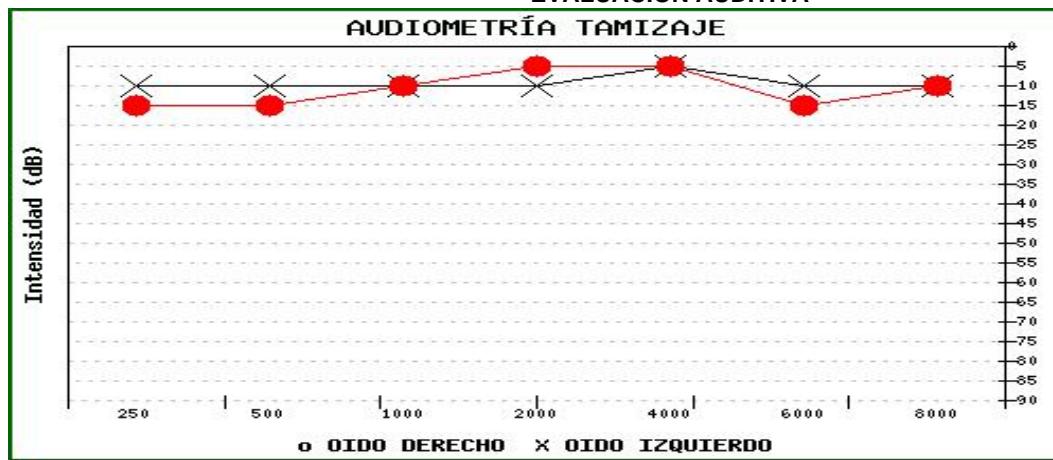
**CRC EXAMINATE BOGOTA SAS (ESTABLECIMIENTO)**

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**

		<b>INFORMACION IPS-RUNT</b>	
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+		
APELLIDOS: CASTRO MARTINEZ	NOMBRES: CARLOS ALBERTO		
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC	NUMERO DE DOCUMENTO:	80195842
ESTADO CIVIL:	SOLTERO	FECHA DE NACIMIENTO:	1983-06-30
EDAD:	41	SEXO:	M
OCCUPACION:	CONDUCTOR	RESIDENCIA:	BOGOTA
DOMICILIO: CRA 7 C 153 B 47		TELEFONO DOMICILIO:	3187814812
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:		TELEFONO ACOMPAÑANTE:	
ASEGURADORA:		TIPO DE VINCULACION:	

**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+

APELLIDOS: CASTRO MARTINEZ	NOMBRES: CARLOS ALBERTO
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC
ESTADO CIVIL:	SOLTERO
EDAD:	41
OCCUPACION:	CONDUCTOR
DOMICILIO: CRA 7 C 153 B 47	FECHA DE NACIMIENTO: 1983-06-30
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	SEXO: M
ASEGURADORA:	RESIDENCIA: BOGOTA
	TELEFONO DOMICILIO: 3187814812
	TELEFONO ACOMPAÑANTE:
	TIPO DE VINCULACION:

**EVALUACION MOTRIZ**

Prueba	Parametro	Rango de Aprobacion	Resultado
Atencion Concentrada y Resistencia A la Monotonía	Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR) Número de Errores	Max 720 MS Max 9 ERRORES	582 1Errores
Reacciones Multiples	Tiempo Medio de Reaccion de Respuesta(TMRR) Número de Errores	Max 1150 MS Max 7 ERRORES	748 2Errores
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

  
Oriana Neira  
Psicóloga  
RM 261736

**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+

APELLIDOS: CASTRO MARTINEZ	NOMBRES: CARLOS ALBERTO
TIPO DE DOCUMENTO IDENTIDAD:	CC
ESTADO CIVIL:	SOLTERO
EDAD:	41
OCCUPACION:	CONDUCTOR
DOMICILIO: CRA 7 C 153 B 47	TELEFONO DOMICILIO:
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE:	TELEFONO ACOMPAÑANTE:
ASEGURADORA:	TIPO DE VINCULACION:

## 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 ENCANDILAMIENTO BINOCULAR		<= 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