



**INTRAS CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES  
SA**

Acreditación ONAC No. 12-CEP-009 del 06/03/2012



No. 2019-001335

**INTRAS CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES SA**

Nit : 9001621670

Dirección : Cr 100 N° 15 A 61 Local 216 - CALI

Teléfono : 4856221

Res. Habilitación Mintransporte :001513 - 12/04/2012

Registro de habilitación de salud :760010664501



**CERTIFICADO DE APTITUD FISICA, MENTAL Y DE COORDINACION MOTRIZ**

**CERTIFICADO No 00003757 RUNT No. 23930964**

**Fecha de Expedición : 05/03/2019**

**Fecha de Vencimiento : 01/09/2019**

**Nombre del Candidato : CARLOS ARANGO VARELA**

**Documento : CC 14956466**

**Dirección : CALLE 62 NO 1BI -15**

**Teléfono : 3185569527**

**Gs/Rh : O+ Fecha de nacimiento : 15/06/1947**

**Ocupación : Conductor/Transporte**

El suscrito certificador, basado en la evaluación médica realizada por los especialistas del centro de reconocimiento de conductores, institución prestadora de Servicios de Salud, autorizada por el Ministerio de Transporte para la evaluación y certificación de conductores bajo los parámetros de la Resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y sus anexos, así como por el Organismo Nacional de Acreditación bajo la norma internacional ISO/IEC 17024:2012 para Colombia NTC-ISO/IEC 17024:2013.

**CERTIFICA**

que el Candidato solicitó ser evaluado de acuerdo con los parámetros exigidos por el Ministerio de Transporte en su resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y sus anexos para obtener el Certificado Médico necesario para tramitar su licencia de conducción bajo las siguientes características:

**TIPO DE TRAMITE:**

**Refrendación**

**CATEGORIA**

**C2**

**SERVICIO**

**PUBLICO**

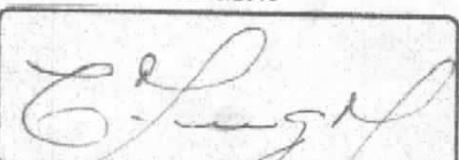
**Huella Izquierda**

**Huella Derecha**

**SIN  
HUELLA**

**SIN  
HUELLA**

05/03/2019



**Firma del Evaluado**

"Declaro bajo la gravedad de juramento, que he participado en todo el proceso de certificación de conductores y 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."

Declaro que he recibido a conformidad el Certificado expedido por el Centro de Reconocimiento de Conductores y que no presentaré declaraciones relativas a la certificación diferentes del alcance para el cual se otorgó la certificación.

**Vigencia del Certificado : 180 Días Calendario**

Impreso por: Sistema de Estimación

**Certificador**

LUZ STELLA CARDONA TORRES

**No. Registro**

76 1822

--	--

**Firma y Huella del Certificador**