

## Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 967 | RUNT No: 47241234 | Fecha de Expedición: 17/12/2024 | Fecha de Vencimiento: 15/06/2025

**CRC SU PASE LOS ALCAZARES****Dirección:** CRA 26 NO 72-67 69 - BOGOTÁ**NIT:** 9000719249 | **Teléfono:** 3102436514**Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud:** 110011571002**Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte:** 0003305**Información del Candidato**
**Nombre:** ANGELA PATRICIA SANCHEZ GUERRERO  
**Fecha de nacimiento:** 06/05/1978  
**Documento:** CC 52454834

**Ocupación:** Otros  
**Teléfono:** 0

**Dirección:** CRA 8A # 153-56  
**Gs/Rh:** A+
**Información del Responsable****Nombre:** CINDY**Teléfono/Celular:** 3183399382**Parentesco:** HERMANA

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa **CRC SU PASE LOS ALCAZARES** propietaria del **CRC SU PASE LOS ALCAZARES**

### Certifica Ante las Autoridades de Tránsito

**Alcance Territorial**

El definido por el Ministerio de Transporte y publicado en el Registro Único Nacional de Transporte (RUNT) en el campo de Información Certificados Médicos/Organismo de Tránsito.

1. Que el candidato solicitó ser evaluado y certificado conforme a nuestro esquema de certificación de la aptitud física, mental y coordinación motriz (desarrollado en apego a la Resolución 217 de 2014 del Ministerio de Transporte y sus anexos), bajo las siguientes características:

**Alcance de Certificación**

Grupo de Categorías	Categoría	Servicio	Tipo de Trámite
Grupo 2	C2	PUBLICO	Re categorizar

2. Que basado en la información del "Informe de evaluación de la aptitud física, mental y coordinación motriz", se verificó si los resultados obtenidos por el candidato dan cumplimiento a los criterios de aprobación del esquema de certificación y se encuentran dentro de los parámetros y límites establecidos en el anexo 1 de la Resolución 217 de 2014 del Ministerio de Transporte.

3. Que conforme a lo anterior, se concluye que el candidato posee la aptitud física, mental y de coordinación motriz que se requiere para conducir un vehículo en los siguientes términos:

**Categoría:** C2**Resultado de proceso de certificación:** APROBADO**Atestación de certificación:** APTO CON RESTRICCIÓN**Restricciones, limitaciones o adaptaciones:** CONDUCIR CON LENTES

4. Que según lo establecido en la misma resolución, se le practicaron los exámenes:

- Evaluación de Capacidad Visual, con resultado: APTO CON RESTRICCIÓN.
- Evaluación de Capacidad Auditiva, con resultado: APTO.
- Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz, con resultado: APTO.
- Evaluación de Capacidad Física General, con resultado: APTO.

**Observaciones:** Candidato apto con restricción 01, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014 anexo I. numeral 2.1. y/o la resolución 303550 de 2022

**Certificador:** CARLOS EDUARDO HERRERA RIVEROS **Nº de registro médico:** 141765

**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 apego 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

**Firma y Huella del Certificador**

*(Signature)*

**Firma****Huella**