

# Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

CERTIFICADO  
NO. 2023-007200

Examen No: 73836 | RUNT No: 31822685 | Fecha de Expedición: 25/05/2023 | Fecha de Vencimiento: 21/11/2023

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES VALIDAMOS  
Dirección: Calle 19 B sur -18 -12 - BOGOTÁ  
NIT: 9005913502 | Teléfono: 3735256

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 11012528601 25/07/2018  
Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 003345 26/08/2013



Huella Izquierda Huella derecha

## Información del Candidato

Nombre: OSCAR JAVIER ALARCON RAMOS  
Fecha de nacimiento: 26/02/1980  
Documento: CC 79975921

Ocupación: Otros  
Teléfono: 0

Dirección: CRA 8 ESTE N 32 H 15  
Gs/Rh: B+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES VALIDAMOS  
propietaria del CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES VALIDAMOS

## 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 Res. 0217:2014 del Ministerio de Transporte y sus anexos), bajo las siguientes características:

## Alcance de Certificación

Grupo de Categorías	Categoría	Servicio	Tipo de Trámite
Grupo 2	C1	PUBLICO	Refrendación

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 Res. 0217:2014.

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: C1

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:

Certificador:  
ANGIE MARCELA BOHORQUEZ  
CARDENAS

N° de tarjeta  
profesional:  
151423

Firma y Huella del Certificador

Firma



Huella

Firma del evaluado

SISEC

"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

# Informe de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 73836 | RUNT No: 31822685 | Fecha de Expedición: 25/05/2023 | Fecha de Vencimiento: 21/11/2023 | Trámite: Refrendación | Categoría: C1

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES VALIDAMOS  
Dirección: Calle 19 B sur -18 -12 - BOGOTÁ

NIT: 9005913502 | Teléfono: 3735256

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 11012528601  
25/07/2018

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 003345 26/08/2013

Huellas del aspirante



Izquierda

Derecha

## Información del candidato

Nombre: OSCAR JAVIER ALARCON RAMOS

Sexo: M

Gs/Rh: B+

Edad: 43 años

Fecha de nacimiento: 26/02/1980

Documento: CC 79975921

Lugar de residencia: BOGOTÁ

Dirección: CRA 8 ESTE N 32 H 15

Teléfono: 0

Ocupación: Otros

Estado Civil: Casado(a)

Aseguradora: Comfenalco Valle Eps

Tipo Vinculación: Beneficiario

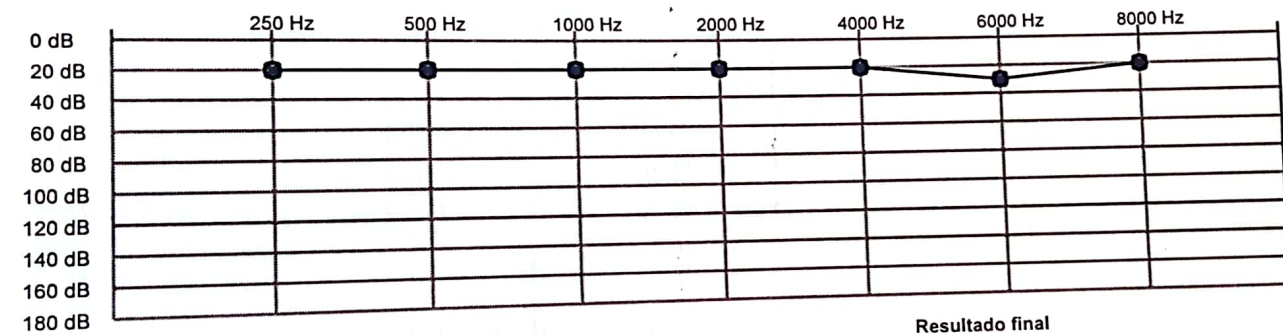
## Información del responsable

Nombre: 2

Teléfono: 2

Parentesco: MADRE

## Evaluación de Capacidad Auditiva



180 dB	Nivel de audición (dB)							Resultado final	
Dispositivo: AMPLIVOX	250hz	500hz	1000hz	2000hz	4000hz	6000hz	8000hz	PTA	HFA
Oído derecho (O rojo)	20	20	20	20	20	30	20	20.00	23.33
Oído izquierdo (X azul)	20	20	20	20	20	30	20	20.00	23.33
Criterios de aprobación	Escucha normal	Hipoacusia leve		Hipoacusia moderada			Hipoacusia severa	Hipoacusia grave	No se admite
Nivel de audición	>=0dB a <=25dB	>=26dB a <=40dB		>=41dB a <=55dB			>=56dB a <=70dB	>=71dB a <=80dB	>80dB
Otoscopia izquierda	Otoscopia derecha	Uso de audífonos							
Normal	Normal	NO							

## Anamnesis

Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
2.1 Agudeza auditiva	¿Presentó la evaluación con audífono?	NO	
	¿Orientación auditiva del aspirante es del lado derecho?	NO	
	¿Ha presentado parálisis facial?	NO	
	¿En su lugar de trabajo está expuesto al ruido?	NO	
	¿Se ha realizado audiometrías anteriormente?	SI	1AÑO



Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
	¿Ha presentado otitis, cefalea, vértigo, acúfenos o supuración?	NO	
	¿Tiene padres o hermanos sordos?	NO	
	¿Ha estado expuesto a explosiones?	NO	
	¿Ha tenido trauma directo al oído?	NO	
	¿Le han realizado cirugía de oído?	NO	
	¿De acuerdo con la orientación auditiva, cumple con los criterios definidos en la resolución?	SI	

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO


Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple SIN RESTRICCION SEGUN resolución 217 del 2014.

Fonoaudiólogo:  
ANA LUCIA NASAYO FLOREZ

N° de tarjeta profesional:  
1503451

Firma y Huella del Fonoaudiólogo

*Ana Lucia Nasayo*   
Firma Huella

## Evaluación de Capacidad Visual

Dispositivo: KEYSTONE VIEW 1161

Presentó evaluación con Corrección Óptica

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
1.1 Agudeza Visual	Lejana Ojo Derecho	$\geq 20/30.0$	20/20.0	CUMPLE
	Lejana Ojo Izquierdo	$\geq 20/30.0$	20/20.0	CUMPLE
	Lejana Ambos Ojos	$\geq 20/30.0$	20/20.0	CUMPLE
	Cercano Ojo Derecho	$\geq 20/50.0$	20/20.0	CUMPLE
	Cercano Ojo Izquierdo	$\geq 20/50.0$	20/20.0	CUMPLE
	Cercano Ambos Ojos	$\geq 20/50.0$	20/20.0	CUMPLE
	Cirugías refractivas	No se admite Cirugía Refractiva	No presenta cirugía refractiva	CUMPLE
1.2 Campo Visual	Campímetro IZ Plano Horizontal	$\geq 70^\circ$	85	CUMPLE
	Campímetro DE Plano Horizontal	$\geq 70^\circ$	85	CUMPLE
	Perímetro IZ Plano Vertical	$\geq 70^\circ$	70	CUMPLE
	Perímetro DE Plano Vertical	$\geq 70^\circ$	70	CUMPLE
	Escotomas	No se admite presencia de escotomas	No existe presencia de escotomas	CUMPLE
1.3 Afaquias y Pseudofaquias	Monolateralidades y Bilateralidades	No se admiten monolateralidades ni bilateralidades	No presenta monolateralidades ni bilateralidades	CUMPLE
1.4 Sentido Luminoso	Visión Mesópica	No se admiten alteraciones en la visión mesópica	No presenta alteraciones en la visión mesópica	CUMPLE
	Visión Nocturna Binocular	$\geq 20/30.0$	20/20.0	CUMPLE
	Sensibilidad al Contraste	$\leq 50\%$ - Normal	10	CUMPLE
	Encandilamiento o Estrés Luminoso	Recuperación $\leq 5$ s	3	CUMPLE
	Recuperación al Encandilamiento	$\leq 3$ Lineas AV	1	CUMPLE
	Ptois y Lagoftalmias	No se admiten Ptois ni lagoftalmias	No presenta Ptois ni algoftalmias	CUMPLE
	Phoria Horizontal Lejana	$\geq 1.5$ y $\leq 6.5$	5.0	CUMPLE
1.5 Motilidad Palpebral	Phoria Vertical Lejana	$\geq 3.5$ y $\leq 5.5$	4.5	CUMPLE
1.6 Motilidad del Globo Ocular	Phoria Horizontal Cercana	$\geq 1.5$ y $\leq 6.5$	5.0	CUMPLE
	Phoria Vertical Cercana	$\geq 3.5$ y $\leq 5.5$	4.5	CUMPLE

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	Diplopías	No debe presentar diplopías	No presenta diplopías	CUMPLE
	Nistagmus	No debe presentar Nistagmus	No presenta Nistagmus	CUMPLE
	Estrabismos	No deben existir Estrabismos	No existe Estrabismos	CUMPLE
	Visión de Profundidad Lejana	< 40 s de Arco 80 %	32 Seg. de arco 85%	CUMPLE
	Visión de Profundidad Cercana	< 40 s de Arco 80 %	32 Seg. de arco 85%	CUMPLE
	Otros Defectos	No deben existir otros defectos	No existen otros defectos	CUMPLE
	Enfermedades Progresivas	No debe presentar enfermedades progresivas	No presenta enfermedades progresivas	CUMPLE
	Discriminación de Colores Binocular	>= 5	6	CUMPLE

## Anamnesis

Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
1.1 Agudeza Visual	¿Presenta la evaluación con Corrección Óptica?	SI	
	¿El paciente presenta ausencia de un ojo?	NO	
	¿Le han realizado cirugías refractivas diferente a afaquias?	NO	
1.2 Campo Visual	¿El aspirante presenta Escotomas?	NO	
1.3 Afaquias y Pseudofaquias	¿El aspirante presenta Afaquias o Pseudoafaquias que afecten su visión?	NO	
1.4 Sentido Luminoso	¿El aspirante presenta alteraciones de la visión mesópica?	NO	
1.5 Motilidad Palpebral	¿El aspirante presenta lagofthalmías o ptosis que afecten su visión?	NO	
1.6 Motilidad del Globo Ocular	¿Anatomía del Globo Ocular Anormal?	NO	
	¿El aspirante presenta fatiga visual?	NO	
	¿El aspirante presenta diplopía?	NO	
	¿El aspirante presenta nistagmus que le impide alcanzar los niveles de capacidad visual?	NO	
	¿El aspirante presenta nistagmus que origine o pueda originar fatiga visual durante la conducción?	NO	
	¿El aspirante presenta otros defectos de la visión binocular?	NO	
	¿El aspirante presenta estrabismos?	NO	
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	¿El aspirante presenta enfermedades o trastornos progresivos que no le permiten alcanzar los niveles fijados?	NO	
	¿El aspirante presenta policromacia Anormal?	NO	

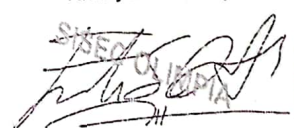

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

**Concepto final: APTO CON RESTRICCIÓN**

**Restricciones: 01 - CONDUCIR CON LENTES**

**Observaciones:** El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014, pero le aplica(n) la(s) restricción(es) indicada(s). 01. C1

Firma y Huella del Optómetra

Firma  Huella 

Firma

Huella

N° de tarjeta profesional:  
2569

Optómetra:  
ELISABETH SUAREZ PISCIOTTI



Numeral	Criterio de aprobación Percentil de rechazo	Resultado Percentil	Concepto
11.7 Trastornos inducidos por drogas o medicamentos		40	CUMPLE
10.9 Trastornos del desarrollo intelectual	No debe existir retraso mental con cociente intelectual inferior a 70. En los casos de retraso mental con cociente intelectual entre 50 y 70 se podrá obtener o prorrogar si el interesado acompaña un dictamen favorable de un psiquiatra o psicólogo.	95	CUMPLE

#### 10.11. Otros trastornos mentales no incluidos en apartados anteriores

Parámetro	Observaciones
Está centrado en el diagnóstico o el tratamiento y la persona no tiene un trastorno mental.	NO.
Aunque la persona tiene un trastorno mental, este no está relacionado con el problema	NO.
La persona tiene trastorno mental que está relacionado con el problema, pero el problema es de gravedad suficiente como para merecer atención clínica	NO.

#### Observaciones de Test De Psicología:

El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014.

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014.

Firma y Huella del Psicólogo

*[Firma manuscrita]*



Firma

Huella

Psicólogo:  
LINA PAOLA BECERRA MELGAREJO

N° de tarjeta profesional:  
211612

## Evaluación Médica

Presión arterial (mmHg)	Frecuencia cardíaca (lat/min)	Estatura (cm)	Frecuencia respiratoria (resp/min)	Peso (kg)
120/80	80	165	16	72

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
3. Sistema locomotor	3.1 Motilidad	NO DEBE EXISTIR ALTERACIÓN	NO EXISTE ALTERACIÓN	CUMPLE
	3.2 Afecciones o anomalías progresivas	NO DEBEN EXISTIR AFECCIONES O ANOMALÍAS	NO EXISTE AFECCIONES O ANOMALÍAS	CUMPLE
	3.3 Talla	NO SE ADMITEN TALLAS QUE ORIGINEN UNA POSICIÓN INCOMPATIBLE CON EL MANEJO	NO PRESENTA TALLAS QUE ORIGINAN UNA POSICIÓN INCOMPATIBLE CON EL MANEJO	CUMPLE
4. Sistema cardiovascular	4.1 Insuficiencia cardíaca	NO DEBE EXISTIR NINGUNA ALTERACIÓN	NO EXISTE ALTERACIÓN CARDÍACA	CUMPLE
	4.2 Trastornos del ritmo	NO DEBE EXISTIR ARRITMIA, ALTERACIONES DE RITMO	NO EXISTE ARRITMIA Y/O ALTERACIONES DEL RITMO	CUMPLE
	4.3 Marcapasos y desfibrilador automático implantable	NO DEBE EXISTIR UTILIZACIÓN DE MARCAPASOS NI DESFIBRILADOR	NO EXISTE USO DE MARCAPASOS NI DESFIBRILADOR	CUMPLE
	4.4 Prótesis valvulares cardíacas	NO DEBE EXISTIR UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS VALVULARES	NO EXISTE USO PRÓTESIS VALVULARES	CUMPLE
	4.5 Cardiopatía isquémica	NO DEBE EXISTIR INFARTOS, CIRUGÍAS DE REVASCULARIZACIÓN, CARDIOPATÍAS	NO EXISTE ANTECEDENTE DE INFARTOS, CIRUGÍAS REVASCULARIZACIÓN, NI CARDIOPATÍAS	CUMPLE
	4.6 Hipertensión arterial	NO DEBE EXISTIR VALORES DESCOMPENSADOS	NO EXISTEN VALORES DESCOMPENSADOS	CUMPLE
	4.7 Aneurismas de grandes vasos	NO DEBE EXISTIR ANEURISMAS	NO EXISTEN ANEURISMAS	CUMPLE
	4.8 Artropatías periféricas	NO DEBEN EXISTIR ARTROPATÍAS	NO EXISTEN ARTROPATÍAS	CUMPLE

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
5. Trastornos hematológicos	5.1 Procesos oncohematológicos			CUMPLE
	5.1.1 Procesos sometidos a tratamiento quimioterapéutico	NO SE ADMITEN PROCESOS A TRATAMIENTOS QUIMIOTERÁPICOS	NO PRESENTA PROCESOS QUIMIOTERÁPICOS	CUMPLE
	5.1.2 Policitemia vera	NO SE ADMITE POLICITEMIA VERA	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE POLICITEMIA VERA	CUMPLE
	5.1.3 Otros trastornos	NO SE ADMITEN OTROS TIPOS DE TRASTORNOS	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE OTROS TIPOS DE TRASTORNOS	CUMPLE
	5.2 Trastornos no oncohematológicos			CUMPLE
6. Sistema renal	5.2.1 Anemias, leucopenias, y trombopenias	NO SE ADMITEN ANEMIAS, LEUCOPENIAS Y TROMBOPENIAS	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ANEMIAS, LEUCOPENIAS Y TROMBOPENIAS	CUMPLE
	5.2.2 Trastornos de coagulación	NO SE ADMITEN TRASTORNOS DE COAGULACIÓN	NO PRESENTA TRASTORNOS DE COAGULACIÓN	CUMPLE
	5.2.3 Tratamiento anticoagulante	NO SE ADMITEN TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES	NO PRESENTA TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES	CUMPLE
	6.1 Neuropatías	NO SE PERMITEN NEUROPATÍAS	NO PRESENTA NEUROPATÍAS	CUMPLE
	6.2 Trasplante renal	NO SE ADMITE TRASPLANTE RENAL	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE TRASPLANTE RENAL	CUMPLE
7. Sistema respiratorio	7.1 Disneas	NO DEBEN EXISTIR DISNEAS	NO EXISTEN ANTECEDENTES DE DISNEAS	CUMPLE
	7.2 Trastornos del sueño	NO SE PERMITEN TRASTORNOS DEL SUEÑO	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE TRASTORNOS DEL SUEÑO	CUMPLE
	7.3 Otras afecciones	NO DEBEN EXISTIR TRASTORNOS PULMONARES	NO EXISTEN TRASTORNOS PULMONARES	CUMPLE
8. Enfermedades metabólicas y endocrinas	8.1 Diabetes mellitus	NO DEBE EXISTIR DIABETES MELLITUS	NO EXISTE ANTECEDENTES DIABETES MELLITUS	CUMPLE
	8.2 Cuadros de hipoglucemia	NO DEBEN EXISTIR CUADROS DE HIPOGLUCEMIA	NO EXISTE CUADROS DE HIPOGLUCEMIA	CUMPLE
	8.3 Enfermedades tiroideas	NO DEBE EXISTIR HIPOTIROIDISMOS	NO EXISTE ANTECEDENTES DE HIPOTIROIDISMO	CUMPLE
	8.4 Enfermedades paratiroides	NO DEBEN EXISTIR ENFERMEADES PARATIROIDES	NO EXISTE ENFERMEADES PARATIROIDES	CUMPLE
	8.5 Enfermedades adrenales	NO SE PERMITE LA ENFERMEDAD ADRENAL	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ENFERMEADES ADRENALES	CUMPLE
9. Sistema nervioso y muscular	9.1 Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico	NO DEBEN EXISTIR ENFERMEADES DEL SISTEMA NERVIOSO	NO EXISTE ANTECEDENTES DE ENFERMEADES DEL SISTEMA NERVIOSO	CUMPLE
	9.2 Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías	NO SE PERMITEN CRISIS EPILÉPTICAS	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CRISIS EPILÉPTICAS	CUMPLE
	9.3 Alteraciones del equilibrio	NO DEBEN EXISTIR ALTERACIÓN DEL EQUILIBRIO	NO EXISTE ALTERACIÓN	CUMPLE
	9.4 Trastornos musculares	NO DEBEN EXISTIR TRASTORNOS MUSCULARES	NO EXISTEN TRASTORNOS MUSCULARES	CUMPLE
	9.5 Accidente isquémico transitorio	NO SE ADMITE LA PRESENCIA DE ATAQUES ISQUÉMICOS	NO PRESENTA ATAQUES ISQUÉMICOS	CUMPLE
13. Otras causas que no se especificaron	9.6 Accidentes isquémicos recurrentes	NO DEBEN EXISTIR ACCIDENTES ISQUÉMICOS RECURRENTES	NO EXISTEN ACCIDENTES ISQUÉMICOS	CUMPLE
	13.1 Otras causas no especificadas	NO DEBE PADECER ALGUNA OTRA ENFERMEDAD	NO PADECE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD	CUMPLE

## Anamnesis

Numeral	Parámetros	Pregunta	Respuesta	Complemento
3. Sistema Locomotor	3.1 Motilidad	¿Existe alguna alteración congénita o adquirida, progresiva, que limite su movilidad?	NO	



Numeral	Parámetros	Pregunta	Respuesta	Complemento
4. Sistema Cardiovascular	3.2 Afecciones o anomalías Progresivas	¿El aspirante presenta afecciones o anomalías progresivas?	NO	
	3.3 Talla	¿Es su talla, inconveniente para la conducción?	NO	
	4.1 Insuficiencia Cardíaca	¿Ha sido diagnosticado con insuficiencia cardíaca o cardiopatía?	NO	
	4.2 Trastornos del Ritmo	¿Sufre de alteraciones del ritmo cardíaco?	NO	
		¿El aspirante presenta antecedentes de pérdida de atención, isquemia cerebral o síncope secundario al trastorno del ritmo durante los 2 últimos años?	NO	
	4.3 Marcapasos y Desfibrilador automático implantable	¿Tiene marcapasos ó desfibrilador automático?	NO	
	4.4 Prótesis valvulares cardíacas	¿Tiene prótesis valvulares?	NO	
	4.5 Cardiopatía Isquémica	¿Alguna vez ha presentado un infarto agudo del miocardio y/o angina inestable?	NO	
		¿Ha sido sometido a cirugía de revascularización?	NO	
	4.6 Hipertensión arterial	¿Ha sido diagnosticado como hipertenso o en riesgo de presentar la enfermedad?	NO	
	4.7 Aneurismas de grandes vasos	¿Le han diagnosticado aneurismas?	NO	
	4.8 Artropatías periféricas	¿Sufre de enfermedades vasculares periféricas?	NO	
5. Trastornos Hematológicos	5.1 Procesos Oncohematológicos		NO	
	5.1.1 Procesos sometidos a tratamiento quimioterapéutico	¿Ha sido sometido a quimioterapia o radioterapia?	NO	
	5.1.2 Policitemia Vera	¿Sufre de policitemia vera, o presenta síntomas como hemorragias o hematomas, es decir, "moretones" en la piel, picor en la piel por cambios bruscos de temperatura, Entumecimiento u hormigueos en las manos o pies.?	NO	
	5.1.3 Otros trastornos	¿Ha sufrido algún trastorno hematooncológico distinto a los indagados anteriormente?	NO	
	5.2 Trastornos no Oncohematológicos		NO	
	5.2.1 Anemias, leucopenias, y trombopenias	¿Sufre de enfermedades como anemias, trombocitopenia o leucopenia?	NO	
	5.2.2 Trastornos de coagulación	¿Tiene transtornos de la coagulación?	NO	
	5.2.3 Tratamiento anticoagulante	¿El aspirante ha producido descompensaciones en el último año que hubieran requerido de transfusión de plasma?	NO	
6. Sistema Renal	6.1 Neuropatías	¿Se le ha diagnosticado nefropatía?	NO	
	6.2 Trasplante renal	¿Sufre de edema de miembros inferiores?	NO	
		¿Ha sido sometido o está en lista de espera para un trasplante renal?	NO	
		¿Sufre de insuficiencia renal?	NO	
7. Sistema Respiratorio	7.1 Disneas	¿Sufre de dificultad respiratoria en reposo o cuando realiza un esfuerzo leve?	NO	
	7.2 Trastornos del Sueño	¿Le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño?	NO	
		¿Sufre de somnolencia diurna?	NO	
	7.3 Otras afecciones	¿Ha sufrido de traumas mediastinales o de afecciones pleurales, como dolor torácico intenso, crisis de disnea paroxítica?	NO	
		¿Le han diagnosticado diabetes mellitus?	NO	
8. Enfermedades Metabólicas Y Endocrinas	8.1 Diabetes mellitus	¿Ha presentado alguna vez un cuadro de hipoglicemia?	NO	
	8.2 Cuadros de Hipoglucemia			
	8.3 Enfermedades tiroideas	¿Sufre de hiper o hipo tiroidismo?	NO	

Numeral	Parámetros	Pregunta	Respuesta	Complemento
9. Sistema Nervioso Y Muscular	8.4 Enfermedades paratiroides	¿Le ha diagnosticado alteraciones de la paratiroides?	NO	
	8.5 Enfermedades adrenales	¿El aspirante ha sido diagnosticado con alguna alteración de glándulas suprarrenales?	NO	
	9.1 Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico	¿Ha sufrido o sufre de enfermedades encefálicas, medulares o periféricas, de tipo infeccioso, traumáticas o tumorales?	NO	
	9.2 Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías	¿Ha convulsionado alguna vez o ha sido diagnosticado como epiléptico?	NO	
		¿El aspirante ha presentado sacudidas mioclónicas que puedan afectar la seguridad de la conducción?	NO	
	9.3 Alteraciones del equilibrio	¿Sufre de alteraciones del equilibrio o vértigo?	NO	
	9.4 Trastornos musculares	¿Posee algún trastorno o patología muscular?	NO	
	9.5 Accidente isquémico transitorio	¿Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vascular transitorios?	NO	
	9.6 Accidentes isquémicos recurrentes	¿Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vascular recurrentes?	NO	
	13.1 Otras causas no especificadas	¿Ha sufrido de enfermedades infecciosas?	NO	
13. Otras causas que no se especificaron		¿Sufre o ha sufrido de alergias?	NO	
		¿Está en tratamiento farmacológico actualmente?	NO	
		¿Consume sustancias o drogas Psicoactivas?	NO	
		¿El aspirante presenta alguna incapacidad para conducir por alguna causa que no esté incluida en los anteriores apartados?	NO	
		¿El aspirante presenta alguna enfermedad o deficiencia que pueda suponer una incapacidad que comprometa la seguridad vial y que no se haya mencionado?	NO	

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.


Concepto final: APTO

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014.

Firma y Huella del Médico general

*Jorge Hernando Ferreira Castillo*  
Firma

  
Huella

Médico general:  
JORGE HERNANDO FERREIRA CASTILLO

N° de tarjeta profesional:  
119418



## Concepto Final del Certificador

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final:

APTO CON RESTRICCIÓN

Restricciones:

CONducir con lentes

Observaciones:

Certificador:

ANGIE MARCELA BOHORQUEZ CARDENAS

N° de tarjeta profesional:

151423

Firma del evaluado

SISEC  
Firma

Firma y Huella del Certificador

SISEC  
Firma



Huella