

Certificado de Aptitud Laboral Pre-Ingreso con Énfasis Osteomuscular



Fecha: 31/Mar/2023, **Hora:** 02:07:38 p.m.

Apellido: BARONA SANCHEZ

Tipo Doc: CC

Empresa: ADONITRANS S.A.S.

Cargo: CONDUCTOR

Dirección: KRA 19A 8 95

Nombre: GERARDO

Nro Identidad: 16268358

HC: # 37658

Edad: 61 años

Sexo: Masculino ♂

Nacimiento: 16/Jun/1961

Rh: O+

Teléfono: Celular: 3108073803 **Email:** **Estado Civil:** Casado

Ciudad: Valle - Jamundí

Exámenes Realizados

☐ Examen Médico Ocupacional Periódico

☐ Examen Médico Post Ocupacional - Retiro

☒ Examen Médico Pre-Ocupacional
Ingreso

Recomendaciones Específicas

☐ Control Eps

☐ Dieta y Ejercicio

☐ Estilo De Vida Saludable

☐ Higiene Postural

☐ Valoración
por
Medicina
General

Concepto

Apto

Observaciones

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 del 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos y firma constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los Hallazgos fueron consignados en historia clínica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:

1) Archive este informe en las hojas de vida del trabajo en el área de recursos humanos

2) El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia esta regulada por la resolución 1918 del 05 de Junio de 2009 del cual transcriben a continuación algunos apartes:

"La custodia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genere en el curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivo conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica".

"En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones médicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajador"

3) Este examen no reemplaza el realizado por Indumil para porte de armas


Javier Francisco Pineda Cuero
Médico, Especialista en Gerencia de
la Seguridad y Salud en el Trabajo
Registro Médico 52 1852/2015
Licencia en Salud Ocupacional
030 - 2018 23 de enero

MD. ESO. JAVIER FRANCISCO PINEDA

CUERO

MD. ESO.

Lic. de S.O #: 030-2018 23.ENERO

Registro #: RM 52 1852/15




GERARDO BARONA SANCHEZ

CC 16268358

Huella
Digital

Resultados Laboratorios



Fecha: 22/Jun/2023, **Hora:** 03:17:17 p.m.

Apellido: BARONA SANCHEZ

Tipo Doc: CC

Empresa: ADONITRANS S.A.S.

Cargo: CONDUCTOR

Direccion: KRA 19A 8 95

Nombre: GERARDO

Nro Identidad: 16268358

HC: # 39552

Edad: 62 años

Sexo: Masculino ♂

Nacim: 16/Jun/1961

Rh: O+

Telefono: Celular: 3108073803 **Email:** **Estado Civil:** Casado

Ciudad: Valle - Jamundí

EXAMEN

RESULTADO

VALORES DE REFERENCIA

Deteccion de Cocaina

Deteccion de Cocaina

NEGATIVO

Deteccion de Marihuana

Deteccion de Marihuana

NEGATIVO

Deteccion Alcohol etilico

Deteccion Alcohol etilico

NEGATIVO

Javier Francisco Pineda Cuero
Médico, Especialista en Gerencia de
la Seguridad y Salud en el Trabajo
Registro Médico 52 1852/2015
Licencia en Salud Ocupacional
030 - 2018 23 de enero

MD. ESO. JAVIER FRANCISCO PINEDA

CUERO

MD. ESO.

Lic. de S.O #: 030-2018 23.ENERO

Registro #: RM 52 1852/15



GERARDO BARONA SANCHEZ

CC 16268358

Huella

Digital

CRC JUANCHITO SAS

15-CEP-011 del 04/05/2015



CERTIFICADO
NO. 2024-000028

NTC ISO IEC 17024:2013
15-CEP-011

Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 125377 | RUNT No: 34531666 | Fecha de Expedición: 02/01/2024 | Fecha de Vencimiento: 30/06/2024

CRC JUANCHITO SAS

Dirección: CL 94 # 8A-45 Local 2 Corregimiento Juanchito - CANDELARIA

NIT: 9007954578 | Teléfono: 3147462968

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 761300986101

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0002878 de 19/08/2015



Huella izquierda



Huella derecha



Información del Candidato

Nombre: GERARDO BARONA SANCHEZ

Fecha de nacimiento: 16/06/1961

Documento: CC 16268358

Ocupación: Conductor/Transporte

Teléfono: 3906084

Dirección: CRA 19A # 8-95

Gs/Rh: O+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa CRC JUANCHITO SAS propietaria del CRC JUANCHITO SAS

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 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	C2	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: C2

Resultado de proceso de certificación: APROBADO

Atestación de certificación: APTO CON RESTRICCIÓN

Restricciones, limitaciones o adaptaciones: REQUIERE EXÁMENES DE CONTROL AUDITIVO ANUALES

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

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

Observaciones: 99 - REQUIERE EXÁMENES DE CONTROL AUDITIVO ANUALES

Firma del evaluado

Certificador:

YESICA MARIA HERNANDEZ JURADO

N° de tarjeta profesional:

155608

Firma y Huella del Certificador

Firma

Firma



Huella

"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 apegos 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: 125377 | RUNT No: 34531666 | Fecha de Expedición: 02/01/2024 | Fecha de Vencimiento: 30/06/2024 | Trámite: Refrendación | Categoría: C2

CRC JUANCHITO SAS

Dirección: CL 94 # 8A-45 Local 2 Corregimiento Juanchito - CANDELARIA

NIT: 9007954578 | Teléfono: 3147462968

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 761300986101

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0002878 de 19/08/2015

Huellas del aspirante



Izquierda



Derecha



02/01/2024 11:04:01 a. m.

Información del candidato

Nombre: GERARDO BARONA SANCHEZ

Sexo: M

Gs/Rh: O+

Edad: 62 años

Fecha de nacimiento: 16/06/1961

Documento: CC 16268358

Lugar de residencia: JAMUNDÍ

Dirección: CRA 19A # 8-95

Teléfono: 3906084

Ocupación: Conductor/Transporte

Estado Civil: Casado(a)

Aseguradora: Compañía Suramericana De Servicios De Salud S.A. Susalud

Tipo Vinculación: Colizante

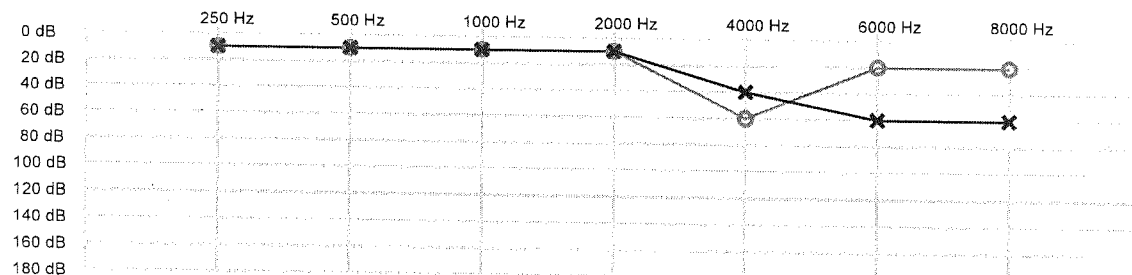
Información del responsable

Nombre: MILENA

Teléfono: 0

Parentesco: PRIMA

Evaluación de Capacidad Auditiva



Dispositivo: AMPLIVOX	Nivel de audición (dB)							Resultado final	
	250hz	500hz	1000hz	2000hz	4000hz	6000hz	8000hz	PTA	HFA
Oído derecho (O rojo)	10	10	10	10	60	20	20	10,00	33,33
Oído izquierdo (X azul)	10	10	10	10	40	60	60	10,00	53,33

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 audifonos				
Normal	Normal	NO				

Anamnesis

Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
2.1 Agudeza auditiva	¿Presentó la evaluación con audifono?	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?	NO	

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 CON RESTRICCIÓN

Firma y Huella del Fonoaudiólogo

Restricciones: 99 - REQUIERE EXÁMENES DE CONTROL AUDITIVO ANUALES

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0214 del 2014, pero le aplica(n) la(s) restricción(es) indicada(s).

JESSICA



Firma

Huella

Fonoaudiólogo:
JESSICA LILIANA VARGAS SERNA

N° de tarjeta profesional:
01780

Evaluación de Capacidad Visual

Dispositivo: KEYSTONE VIEW 1161

No presentó evaluación con Corrección Óptica

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
1.1 Agudeza Visual	Lejana Ojo Derecho	$\geq 20/30.0$	20/30.0	CUMPLE
	Lejana Ojo Izquierdo	$\geq 20/30.0$	20/25.0	CUMPLE
	Lejana Ambos Ojos	$\geq 20/30.0$	20/30.0	CUMPLE
	Cercano Ojo Derecho	$\geq 20/50.0$	20/30.0	CUMPLE
	Cercano Ojo Izquierdo	$\geq 20/50.0$	20/30.0	CUMPLE
	Cercano Ambos Ojos	$\geq 20/50.0$	20/30.0	CUMPLE
	Cirugías refractivas	No se admite Cirugía Refractiva	No presenta cirugía refractiva	CUMPLE
	Campímetro IZ Plano Horizontal	$\geq 70^\circ$	85	CUMPLE
1.2 Campo Visual	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
	Monolateralidades y Bilateralidades	No se admiten monolateralidades ni bilateralidades	No presenta monolateralidades ni bilateralidades	CUMPLE
1.3 Afaquias y Pseudofaquias	Visión Mesópica	No se admiten alteraciones en la visión mesópica	No presenta alteraciones en la visión mesópica	CUMPLE
	Visión Nocturna Binocular	$\geq 20/30.0$	20/30.0	CUMPLE
	Sensibilidad al Contraste	$\leq 50\%$ - Normal	20	CUMPLE
	Encandilamiento o Estrés Luminoso	Recuperación ≤ 5 s	4	CUMPLE
	Recuperación al Encandilamiento	≤ 3 Lineas AV	3	CUMPLE
1.4 Sentido Luminoso	Ptosis y Lagofthalmias	No se admiten Ptosis ni lagofthalmias	No presenta Ptosis ni lagofthalmias	CUMPLE
1.5 Motilidad Palpebral	Phoria Horizontal Lejana	≥ 1.5 y ≤ 6.5	4.0	CUMPLE
	Phoria Vertical Lejana	≥ 3.5 y ≤ 5.5	4.5	CUMPLE
	Phoria Horizontal Cercana	≥ 1.5 y ≤ 6.5	5.5	CUMPLE

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	Phoria Vertical Cercana	≥ 3.5 y ≤ 5.5	4.5	CUMPLE
	Diplopias	No debe presentar diplopias	No presenta diplopias	CUMPLE
	Nistagmus	No debe presentar Nistagmus	No presenta Nistagmus	CUMPLE
	Estrabismos	No deben existir Estrabismos	No existe Estrabismos	CUMPLE
	Visión de Profundidad Lejana	< 40 Seg de Arco 80 %	32 Seg. de arco 85%	CUMPLE
	Visión de Profundidad Cercana	< 40 Seg 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	≥ 4	6	CUMPLE

Anamnesis

Numeral	Pregunta	Respuesta	Complemento
1.1 Agudeza Visual	¿Presenta la evaluación con Corrección Óptica?	NO	
	¿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	
	¿El aspirante presenta policromacia Anormal?	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

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014.

Optómetra:
JAIME EUGENIO GRAJALES MILLAN

N° de tarjeta profesional:
1112622836

Firma y Huella del Optómetra

Jaime

Firma



Huella

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

Dispositivo: LNDETER

Numeral	Prueba del Equipo	Parámetro	Criterio de Aprobación	Resultado	Concepto
12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz	Atención Concentrada y Resistencia a la Monotonía	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	≤ 74 cs	68	CUMPLE
		Nº De Errores	≤ 5 Errores	0	CUMPLE
12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado	Reacciones Múltiples	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	≤ 127 cs	115	CUMPLE
		Nº De Errores	≤ 6 Errores	2	CUMPLE
12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz	Coordinación Bimanual	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	≤ 6172 cs	5258	CUMPLE
		Nº De Errores	≤ 98 Errores	92	CUMPLE
12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado	Reacción al Frenado	Tiempo Medio de Reacción al Frenado	≤ 59 ms	54	CUMPLE
12.1 Estimación del Movimiento	Velocidad de Anticipación	Porcentaje de Desviación	< 44 cs	21	CUMPLE
12.4 Inteligencia Práctica	Inteligencia Práctica	Inteligencia Práctica	No se admite capacidad de organización espacial inadecuada para la conducción	Presenta capacidad de organización espacial adecuada para la conducción.	CUMPLE

Test de personalidad y Sustancias

Numeral	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
	Percentil de rechazo	Percentil	
10.1 Delirium, demencia, Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos psicótico	$p > 75$	55	CUMPLE
10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica	$p > 85$	65	CUMPLE
10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	$p > 88$	73	CUMPLE
10.4 Trastornos del estado de ánimo	$p > 75$	30	CUMPLE
10.5 Trastornos disociativos	$p > 75$	20	CUMPLE
10.6 Trastornos del Sueño	$p \geq 75$	20	CUMPLE
10.7 Trastornos del control de impulsos	$p \geq 75$	30	CUMPLE
10.8 Trastornos de personalidad	$p > 79$	56	CUMPLE
10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador	$p > 75$	57	CUMPLE
11.1 Abuso de alcohol	$p > 75$	30	CUMPLE
11.2 Dependencia del alcohol	$p > 75$	30	CUMPLE
11.3 Trastornos inducidos por el alcohol	$p > 75$	30	CUMPLE
11.4 Consumo habitual de drogas y medicamentos	$p > 75$	40	CUMPLE
11.5 Abuso de drogas y medicamentos	$p > 75$	40	CUMPLE
11.6 Dependencia de drogas y medicamentos	$p > 75$	40	CUMPLE
11.7 Trastornos inducidos por drogas o medicamentos	$p > 75$	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.	98	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.

SI, percentiles dentro de los parametros

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 0217 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

Firma y Huella del Psicólogo

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014.

Maria Varela



Firma

Huella

Psicólogo:

N° de tarjeta profesional:

MARIA FERNANDA VARELA CARDOZO

161430

Evaluación Médica

Presión arterial (mmHg)	Frecuencia cardíaca (lat/min)	Estatura (cm)	Frecuencia respiratoria (resp/min)	Peso (kg)
123/78	74	160	18	59

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
5. Trastornos hematológicos	4.8 Artropatías periféricas	NO DEBEN EXISTIR ARTROPATÍAS	NO EXISTEN ARTROPATÍAS	CUMPLE
	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

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
	5.2 Trastornos no oncohematológicos			CUMPLE
	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. Sistema renal	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 ENFERMEDADES PARATIROIDES	NO EXISTE ENFERMEDADES PARATIROIDES	CUMPLE
	8.5 Enfermedades adrenales	NO SE PERMITE LA ENFERMEDAD ADRENAL	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES ADRENAL	CUMPLE
9. Sistema nervioso y muscular	9.1 Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico	NO DEBEN EXISTIR ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	NO EXISTE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	CUMPLE
	9.2 Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías	NO SE PERMITEN CRISIS EPILEPTICAS	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE CRISIS EPILEPTICAS	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
	9.6 Accidentes isquémicos recurrentes	NO DEBEN EXISTIR ACCIDENTES ISQUÉMICOS RECURRENTES	NO EXISTEN ACCIDENTES ISQUÉMICOS	CUMPLE
13. Otras causas que no se especificaron	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	
	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. Sistema Cardiovascular	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	

Numeral	Parámetros	Pregunta	Respuesta	Complemento
		¿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	
	4.6 Hipertensión arterial	¿Ha sido sometido a cirugía de revascularización?	NO	
		¿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	
			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	
	6.1 Neuropatías	¿Se le ha diagnosticado nefropatía?	NO	
6. Sistema Renal	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	
8. Enfermedades Metabólicas Y Endocrinas	7.3 Otras afecciones	¿Ha sufrido de traumas mediastinales o de afecciones pleurales, como dolor torácico intenso, crisis de disnea paroxítica?	NO	
	8.1 Diabetes mellitus	¿Le han diagnosticado diabetes mellitus?	NO	
	8.2 Cuadros de Hipoglucemia	¿Ha presentado alguna vez un cuadro de hipoglicemia?	NO	
	8.3 Enfermedades tiroideas	¿Sufre de hiper o hipo tiroidismo?	NO	
	8.4 Enfermedades paratiroides	¿Le ha diagnosticado alteraciones de la paratiroides?	NO	
	8.5 Enfermadas adrenales	¿El aspirante ha sido diagnosticado con alguna alteración de glandulas suprarrenales?	NO	

Numeral	Parámetros	Pregunta	Respuesta	Complemento
9. Sistema Nervioso Y Muscular	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	
13. Otras causas que no se especificaron	13.1 Otras causas no especificadas	¿Ha sufrido de enfermedades infecciosas?	NO	
		¿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

Firma y Huella del Médico general

Restricciones: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014.

[Firma manuscrita]



Firma

Huella

Médico general:
JANETH MARGARITA PAZMIÑO RAYO

N° de tarjeta profesional:
27 147/2008

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:
REQUIERE EXÁMENES DE CONTROL AUDITIVO ANUALES

Observaciones:
99 - REQUIERE EXÁMENES DE CONTROL AUDITIVO ANUALES

Certificador:
YESICA MARIA HERNANDEZ JURADO

N° de tarjeta profesional:
155608

Firma del evaluado

Firma y Huella del Certificador

[Firma manuscrita]

[Firma manuscrita]



Firma

Huella