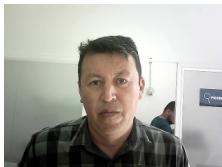


## Certificado de Aptitud Laboral Pre-Ingreso con Enfasis Osteomuscular



**Fecha:** 12/May/2023, **Hora:** 09:09:16 a.m.

**Apellido:** MORILLO ORDOÑEZ

**Nombre:** PABLO EMILIO

**HC:** # 38566

**Tipo Doc:** CC

**Edad:** 46 años

**Empresa:** Particular

**Sexo:** Masculino ♂

**Cargo:** CONDUCTOR

**Nacim:** 05/Sep/1976

**Direccion:** CALLE 43 69 35

**Rh:** O+

**Telefono:** Celular: 3167572074 **Email:** Estado Civil: Casado  
**Ciudad:** Valle - Cali

**Examenes Realizados**

Examen Medico Ocupacional Periodico       Examen Medico Post Ocupacional - Retiro       Examen Medico Pre-Ocupacional Ingreso

**Otros:** Deteccion Alcohol etilico, Deteccion de Cocaína, Detección de Marihuana

### Recomendaciones Específicas

<input type="checkbox"/> Control Eps	<input type="checkbox"/> Dieta y Ejercicio	<input type="checkbox"/> Estilo De Vida Saludable	<input type="checkbox"/> Higiene Postural	<input type="checkbox"/> Valoración por Medicina General
--------------------------------------	--	---	---	--

### Concepto

Apto Con Restricciones que Limitan su Capacidad Laboral

### Recomendaciones Personalizadas

USO DE GAFAS CORRECTIVAS, CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA  
ASISTIR A CONTROL POR EPS EN PROGRAMA P Y P  
SEGUIMIENTO CON REUMATOLOGÍA, ORTOPEDISTA.

### 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 medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estara a cargo del prestador de servicios de salud ocupacional que la genero 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

**MD. ESO. OLGA LUCIA MORENO**  
**RESTREPO**  
**MD. ESO.**  
**Lic. de S.O #:** 0216-02 / 2  
**Registro #:** 760746



**PABLO EMILIO MORILLO ORDOÑEZ**  
**CC 87717822**

Huella Digital

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

Examen No: 98587 | RUNT No: 30287531 | Fecha de Expedición: 13/12/2022 | Fecha de Vencimiento: 11/06/2023 | Trámite: Refrendación | Categoría: A2

**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



Izquierda



Derecha



13/12/2022 9:35:56 a. m.

### Información del candidato

Nombre: PABLO EMILIO MORILLO ORDOÑEZ

Sexo: M

Gs/Rh: O+

Edad: 46 años

Fecha de nacimiento: 05/09/1976

Documento: CC 87717822

Lugar de residencia: CALI

Dirección: CALLE 43 NO 69-35

Teléfono: 0

Ocupación: Conductor/Transporte

Estado Civil: Casado(a)

Aseguradora: Otra

Tipo Vinculación: Cotizante

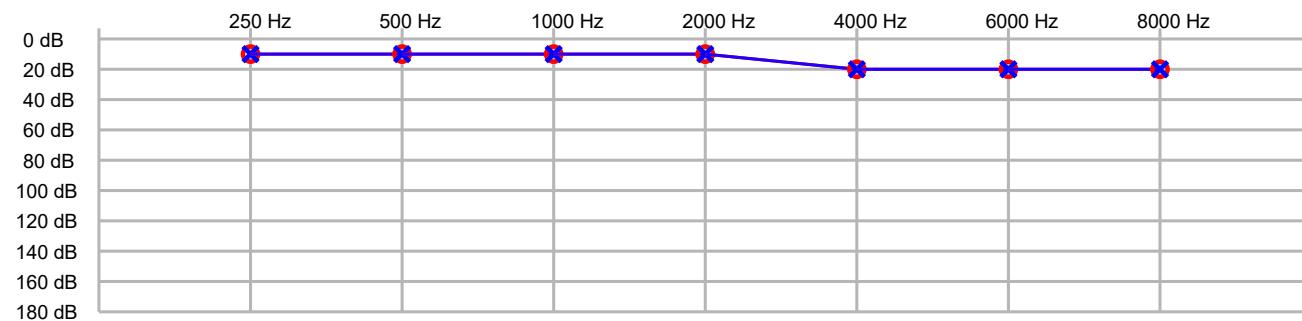
### Información del responsable

Nombre: CLAUDIA

Teléfono: 0

Parentesco: ESPOSA

### 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	20	20	20	10.00	20.00
Oído izquierdo (X azul)	10	10	10	10	20	20	20	10.00	20.00

Criterios de aprobación	Escucha normal	Hipoacusia leve	Hipoacusia moderada	Hipoacusia severa
Nivel de audición	>=0dB a <=20dB	>=25dB a <=40dB	>=45dB a <=60dB	>=65dB a <=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?	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

Firma y Huella del Fonoaudiólogo

**Restricciones:** No tiene

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

**Fonoaudiólogo:**  
JESSICA LILIANA VARGAS SERNA

Nº de tarjeta profesional:  
01780

Firma

Huella

## Evaluación de Capacidad Visual

**Dispositivo:** Carga manual

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	CUMPLE
	Lejana Ojo Izquierdo	$\geq 20/30.0$	20/30	CUMPLE
	Lejana Ambos Ojos	$\geq 20/30.0$	20/30	CUMPLE
	Cercano Ojo Derecho	$\geq 20/30.0$	20/30	CUMPLE
	Cercano Ojo Izquierdo	$\geq 20/30.0$	20/30	CUMPLE
	Cercano Ambos Ojos	$\geq 20/30.0$	20/30	CUMPLE
	Cirugías refractivas	No se admite Cirugía Refractiva	No presenta cirugía refractiva	CUMPLE
1.2 Campo Visual	Campímetro IZ Plano Horizontal	$\geq 70$	70	CUMPLE
	Campímetro DE Plano Horizontal	$\geq 70$	70	CUMPLE
	Perímetro IZ Plano Vertical	$\geq 70$	70	CUMPLE
	Perímetro DE Plano Vertical	$\geq 70$	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	$\geq 20/30.0$	20/30	CUMPLE
	Sensibilidad al Contraste	$\leq 50\%$	50	CUMPLE
	Encandilamiento o Estrés Luminoso	$\leq 5\text{ s}$	5	CUMPLE
	Recuperación al Encandilamiento	$\leq 3\text{ Lineas AV}$	3	CUMPLE
1.5 Motilidad Palpebral	Ptosis y Lagoftalmias	No se admiten Ptosis ni lagoftalmias	No presenta Ptosis ni lagoftalmias	CUMPLE
1.6 Motilidad del Globo Ocular	Phoria Horizontal Lejana	$\geq 1.5 \text{ y } \leq 6.5$	6	CUMPLE
	Phoria Vertical Lejana	$\geq 3.5 \text{ y } \leq 5.5$	5	CUMPLE
	Phoria Horizontal Cercana	$\geq 2.5 \text{ y } \leq 7.5$	6	CUMPLE

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	Phoria Vertical Cercana	$\geq 3.5 \text{ y } \leq 5.5$	5	CUMPLE
	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	$< 75 \text{ s de arco } 60\%$	70	CUMPLE
	Visión de Profundidad Cercana	$< 75 \text{ s de arco } 60\%$	70	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	$\geq 4$	4	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 lagoftalmias 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 0214 del 2014, pero le aplica(n) la(s) restricción(es) indicada(s).

Firma y Huella del Optómetra




Firma

Huella

**Optómetra:**

JOHNNY ANDRES LINERO GUILLEN

**Nº de tarjeta profesional:**

1143147368

## Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

Dispositivo: INDETER

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 ms	105	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 ms	3154	CUMPLE
		Nº De Errores	<= 98 Errores	54	CUMPLE
12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado	Reacción al Frenado	Tiempo Medio de Reacción al Frenado	<= 59 cs	43	CUMPLE
		Velocidad de Anticipación	Porcentaje de Desviación	35	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	
		Percentil de rechazo	Percentil	Concepto
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 dissociativos		p>75	20	CUMPLE
10.6 Trastornos del Sueño		p>=75	20	CUMPLE
10.7 Trastornos del control de impulsos		p>=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.		99	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 parámetros
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.
<b>Observaciones de Test De Psicología:</b> 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.	
<b>Concepto final: APTO</b>	<b>Firma y Huella del Psicólogo</b>
<b>Restricciones:</b> No tiene	 
<b>Observaciones:</b> El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 0217 del 2014.	
<b>Psicólogo:</b> MARIA FERNANDA VARELA CARDOZO	<b>Nº de tarjeta profesional:</b> 161430
	<b>Firma</b>
	<b>Huella</b>

## Evaluación Médica

Presión arterial (mmHg)	Frecuencia cardíaca (lat/min)	Estatura (cm)	Frecuencia respiratoria (resp/min)	Peso (kg)
130/78	70	180	18	86
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	SI EXISTEN VALORES DESCOMPENSADOS	NO 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
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

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
5. Sistema hematológico	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 ADRENALES	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 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
	9.6 Accidentes isquémicos recurrentes	NO DEBEN EXISTIR ACCIDENTES ISQUÉMICOS RECURRENTES	NO EXISTEN ACCIDENTES ISQUÉMICOS RECURRENTES	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	
	4.7 Aneurismas de grandes vasos	¿Ha sido diagnosticado como hipertenso o en riesgo de presentar la enfermedad?	SI	
	4.8 Artropatías periféricas	¿Le han diagnosticado aneurismas?	NO	
5. Trastornos Hematológicos	5.1 Procesos Oncohematológicos	¿Sufre de enfermedades vasculares periféricas?	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 trastornos 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		¿Sufre de edema de miembros inferiores?	NO	
	6.2 Trasplante renal	¿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 paroxística?	NO	
	8.1 Diabetes mellitus	¿Le han diagnosticado diabetes mellitus?	NO	
	8.2 Cuadros de Hipoglucemia	¿Ha presentado alguna vez un cuadro de hipoglucemia?	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 Enfermedades 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? ¿El aspirante ha presentado sacudidas mioclónicas que puedan afectar la seguridad de la conducción?	NO 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. Otras causas que no se especificaron	13.1 Otras causas no especificadas	¿Ha sufrido de enfermedades infecciosas? ¿Sufre o ha sufrido de alergias? ¿Está en tratamiento farmacológico actualmente? ¿Consumo sustancias o drogas Psicoactivas? ¿El aspirante presenta alguna incapacidad para conducir por alguna causa que no esté incluida en los anteriores apartados? ¿El aspirante presenta alguna enfermedad o deficiencia que pueda suponer una incapacidad que comprometa la seguridad vial y que no se haya mencionado?	NO NO NO NO NO 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.r99 candidato con hc de hta controlado con enalapril 20 mg cada 12 horas control mensual en su eps




Firma

Huella

**Médico general:**

JANETH MARGARITA PAZMIÑO RAYO

**Nº 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:**  
CONDUCIR CON LENTES

**Observaciones:**  
candidato con hc de hta controlado con enalapril 20 mg cada  
12 horas control mensual en su eps -- 01 - CONDUCIR CON  
LENTES

---

**Certificador:**  
YESICA MARIA HERNANDEZ JURADO

**Nº de tarjeta profesional:**  
155608

Firma del evaluado

SISSEC OLYMPIA  
Pablo Enrico Flonka

Firma y Huella del Certificador

SISSEC OLYMPIA  
YESICA MARIA HERNANDEZ JURADO 21



Firma

Huella

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

Examen No: 98587 | RUNT No: 30287531 | Fecha de Expedición: 13/12/2022 | Fecha de Vencimiento: 11/06/2023

**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



13/12/2022 9:35:56 a.m.

**Información del Candidato**

Nombre: PABLO EMILIO MORILLO ORDOÑEZ

Fecha de nacimiento: 05/09/1976

Documento: CC 87717822

Ocupación: Conductor/Transporte

Teléfono: 0

Dirección: CALLE 43 NO 69-35

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 Transito.

- 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 1	A2	PARTICULAR	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:** A2**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 con hc de hta controlado con enalapril 20 mg cada 12 horas control mensual en su eps -- 01 - CONDUCIR CON LENTES

**Firma del evaluado**


**Certificador:** YESICA MARIA HERNANDEZ JURADO    **Nº de tarjeta profesional:** 155608

**Firma y Huella del Certificador**

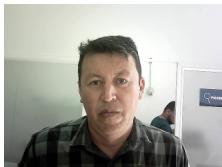
Firma

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 en 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**

## Resultados Laboratorios



**Fecha:** 12/May/2023, **Hora:** 09:09:16 a.m.

**Apellido:** MORILLO ORDOÑEZ

**Tipo Doc:** CC

**Empresa:** Particular

**Cargo:** CONDUCTOR

**Direccion:** CALLE 43 69 35

**Nombre:** PABLO EMILIO

**Nro Identidad:** 87717822

**HC:** # 38566

**Edad:** 46 años

**Sexo:** Masculino ♂

**Nacim:** 05/Sep/1976

**Rh:** O+

**Telefono:** Celular: 3167572074 **Email:** Estado Civil: Casado  
**Ciudad:** Valle - Cali

EXAMEN	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA
--------	-----------	-----------------------

Detección de Cocaína

### Detección de Cocaína

NEGATIVO

Detección de Marihuana

### Detección de Marihuana

NEGATIVO

Detección Alcohol etílico

### Detección Alcohol etílico

NEGATIVO

**MD. ESO. OLGA LUCIA MORENO  
RESTREPO**  
MD. ESO.

**Lic. de S.O #:** 0216-02 / 2  
**Registro #:** 760746



PABLO EMILIO MORILLO ORDOÑEZ  
CC 87717822

Huella  
Digital