

# Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 9004 | RUNT No: 291E5344 | Fecha de Expedición: 30/06/2022 | Fecha de Vencimiento: 27/12/2022

**AVALAMOS CRC No.3**

Dirección: Cra 40# 11 - 159 Local 4 - YUMBO

NIT: 9010781145 | Teléfono: 6957151

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 768921151907

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0003389 08 agosto 2019



Huella izquierda



Huella derecha



## Información del Candidato

Nombre: VICTOR ALFONSO CASTRO ESTUPIÑAN

Fecha de nacimiento: 07/11/1985

Documento: CC 14478263

Ocupación: Otros

Teléfono: 0

Dirección: CARRERA 4C 69-C-32

Gs/Rh: O+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa GRUPO DE INVERSIONES SAS propietaria del AVALAMOS CRC No.3

## 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	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: APTO CON RESTRICCIÓN DE LENTES (01)

Certificador: JAIME ANDRES BENAVIDES MORALES  
N° de tarjeta profesional: 228146

Firma y Huella del Certificador

Firma



Huella

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 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: 9004 | RUNT No: 29185344 | Fecha de Expedición: 30/06/2022 | Fecha de Vencimiento: 27/12/2022 | Trámite: Refrendación | Categoría: C1

**AVALAMOS CRC No.3**

Dirección: Cra 40# 11 - 159 Local 4 - YUMBO

NIT: 9010781145 | Teléfono: 6957151

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 768921151907

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0003389 08 agosto 2019

Huellas del aspirante



Izquierda



Derecha



30/06/2022 9:01:48 a. m.

## Información del candidato

Nombre: VICTOR ALFONSO CASTRO ESTUPIÑAN  
Sexo: M  
Gr/Rh: O+  
Edad: 36 años  
Fecha de nacimiento: 07/11/1985

Documento: CC 14478263  
Lugar de residencia: CALI  
Dirección: CARRERA 4C 69-C-32  
Teléfono: 0  
Ocupación: Otros

Estado Civil: Casado(a)  
Aseguradora: Comfenalco Valle Eps  
Tipo Vinculación: Cotizante

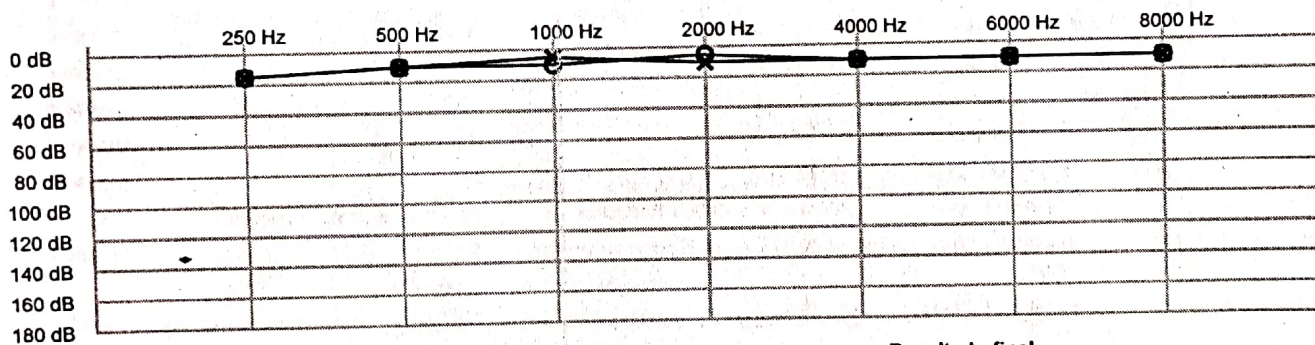
## Información del responsable

Nombre: CAROL

Teléfono: 3224920

Parentesco: ESPOSA

## Evaluación de Capacidad Auditiva



Carga manual	Nivel de audición (dB)							Resultado final	
	250hz	500hz	1000hz	2000hz	4000hz	6000hz	8000hz	PTA	HFA
Oído derecho (O rojo)	15	10	10	5	10	10	10	8.33	10.00
Oído izquierdo (X azul)	15	10	5	10	10	10	10	8.33	10.00

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 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?	SI	
	¿Ha presentado parálisis facial?	NO	
	¿En su lugar de trabajo está expuesto al ruido?	NO	
	¿Se ha realizado audiometrías anteriormente?	SI	3 años

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 con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014. otoscopia normal bilateral.

Firma y Huella del Fonoaudiólogo

ISABELLA LOZANO VARGAS



Firma

Huella

Fonoaudiólogo: ISABELLA LOZANO VARGAS  
N° de registro médico: 1512374429

## 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	$\geq 20/30.0$	20/25	CUMPLE
	Lejana Ojo Izquierdo	$\geq 20/30.0$	20/25	CUMPLE
	Lejana Ambos Ojos	$\geq 20/30.0$	20/25	CUMPLE
	Cercano Ojo Derecho	$\geq 20/30.0$	20/25	CUMPLE
	Cercano Ojo Izquierdo	$\geq 20/30.0$	20/25	CUMPLE
	Cercano Ambos Ojos	$\geq 20/30.0$	20/25	CUMPLE
	Cirugías refractivas	No se admite Cirugía Refractiva	No presenta cirugía refractiva	CUMPLE
1.2 Campo Visual	Campímetro IZ Plano Horizontal	$\geq 70^\circ$	70	CUMPLE
	Campímetro DE Plano Horizontal	$\geq 70^\circ$	70	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	$\geq 20/30.0$	20/25	CUMPLE
	Sensibilidad al Contraste	$\leq 50\%$	50	CUMPLE
	Encandilamiento o Estrés Luminoso	$\leq 5\text{ s}$	5	CUMPLE
	Recuperación al Encandilamiento	$\leq 3$ Lineas AV	3	CUMPLE
1.5 Motilidad Palpebral	Ptosis y Lagofthalmias	No se admiten Ptosis ni lagofthalmias	No presenta Ptosis ni algoftalmias	CUMPLE
1.6 Motilidad del Globo Ocular	Phoria Horizontal Lejana	$\geq 1.5$ y $\leq 6.5$	6.5	CUMPLE
	Phoria Vertical Lejana	$\geq 3.5$ y $\leq 5.5$	5.5	CUMPLE
	Phoria Horizontal Cercana	$\geq 2.5$ y $\leq 7.5$	7.5	CUMPLE

Numeral	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	Phoria Vertical Cercana	$\geq 3.5$ y $\leq 5.5$	5.5	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	$< 40$ s de arco 80 %	80%	NO CUMPLE
	Visión de Profundidad Cercana	$< 40$ s de arco 80 %	80%	NO 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
	Disciminación 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 lagofalmias 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

Firma y Huella del Optómetra

**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).

*Angela Maria Rabeja Diaz*

Firma

Huella

**Optómetra:** ANGELA MARIA RABEYA DIAZ  
**N° de tarjeta profesional:** 3331

# 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	62	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	<= 147 cs	101	CUMPLE
		Nº De Errores	<= 9 Errores	0	CUMPLE
12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz	Coordinación Bimanual	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	<= 8190 cs	1432	CUMPLE
		Nº De Errores	<= 122 Errores	64	CUMPLE
12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado	Reacción al Frenado	Tiempo Medio de Reacción al Frenado	<= 43 cs	39	CUMPLE
12.1 Estimación del Movimiento	Velocidad de Anticipación	Porcentaje de Desviación	<= 46 s	25	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 Percentil de rechazo	Resultado Percentil	Concepto
10.1 Delirium, demencia, Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos psicótico	p>75	41	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>=75	20	CUMPLE
10.7 Trastornos del control de impulsos	p>=75	20	CUMPLE
10.8 Trastornos de personalidad	p>79	61	CUMPLE
10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador	p>75	25	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.	102	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

*Diana Marcela Lainez Garcia*  
 SISEP OLIMPIC  
 Diana Marcela Lainez Garcia  
 Firma  Huella

Psicólogo: DIANA MARCELA LAINEZ GARCIA      N° de tarjeta profesional: 166954

**Evaluación Médica**

Presión arterial (mmHg)	Frecuencia cardíaca (lat/min)	Estatura (cm)	Frecuencia respiratoria (resp/min)	Peso (kg)
118/74	75	176	17	97

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
5. Trastornos hematológicos	5.1 Procesos oncohematológicos			
	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 PÓLICITEMIA VERA	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE PÓLICITEMIA 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 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	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	
		¿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 hematológico 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. Sistema Renal	6.1 Neuropatías	¿Se le ha diagnosticado nefropatía?	NO	
	6.2 Trasplante renal	¿Sufre de edema de miembros inferiores? ¿Ha sido sometido o está en lista de espera para un trasplante renal? ¿Sufre de insuficiencia renal?	NO NO 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? ¿Sufre de somnolencia diurna?	NO NO	
	7.3 Otras afecciones	¿Ha sufrido de traumas mediastinales o de afecciones pleurales, como dolor torácico intenso, crisis de disnea paroxística?	NO	
8. Enfermedades Metabólicas Y Endocrinas	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 suprenales?	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	
		¿Consumo 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	

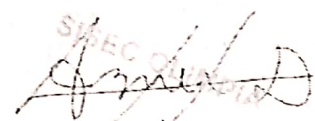

El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

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

Firma

Huella

Médico general:  
ASNER DE JESUS DOMINGUEZ CORREA

N° de tarjeta profesional:  
85083725

### 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

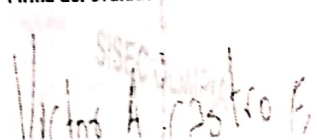

Observaciones:  
APTO CON RESTRICCIÓN DE LENTES (01)

Certificador:  
JAIME ANDRES BENAVIDES MORALES

N° de tarjeta profesional:  
228146

Firma del evaluado

Firma y Huella del Certificador

Firma

Huella