

Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 45599 | RUNT No: 32704209 | Fecha de Expedición: 05/07/2023 | Fecha de Vencimiento: 01/01/2024

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES DE COLOMBIA 2 SAS

Dirección: cll 19 b sur #16-43 - BOGOTÁ

NIT: 9010070761 | Teléfono: 7043239

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 110013146001/25 de Julio de 2018

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0002348 del 18 de Junio de 2019



Huella
izquierda



Huella derecha



Información del Candidato

Nombre: NORBERTO TELLEZ
Fecha de nacimiento: 19/03/1954
Documento: CC 19351603

Ocupación: Otros
Teléfono: 0

Dirección: CALLE 46 SUR 6 B 44
Gs/Rh: A+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa CRC DE COLOMBIA 2 SAS proleitaria del CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES DE COLOMBIA 2 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 | Retención |

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: CONDUCIR CON LENTES, 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 CON RESTRICCIÓN.
- 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: APTO CON RESTRICCIÓN DE ACUERDO A LOS PARAMETROS EXIGIDOS POR LA RESOLUCIÓN 0217/2014.

Certificador: MILEK PAOLA BALLESTEROS CANTILLO
N° de tarjeta profesional: 32803223

Firma y Huella del Certificador

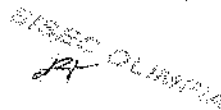


Firma



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: 45589 | RUNT No: 32704209 | Fecha de Expedición: 05/07/2023 | Fecha de Vencimiento: 01/01/2024 | Trámite: Refrendación | Categoría: C2

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES DE COLOMBIA 2 SAS
Dirección: cll 19 b sur #16-43 - BOGOTÁ
NIT: 9010070761 | Teléfono: 7043239
Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 110013146001 25 de Julio de 2018
Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0002348 del 18 de Junio de 2019



Información del candidato

Nombre: NORBERTO TELLEZ
Sexo: M
Gs/Rh: A+
Edad: 69 años
Fecha de nacimiento: 19/03/1954

Documento: CC 19351603
Lugar de residencia: BOGOTÁ
Dirección: CALLE 46 SUR 6 B 44
Teléfono: 0
Ocupación: Otros

Estado Civil: Soltero(a)
Aseguradora: Otra
Tipo Vinculación: Cotizante

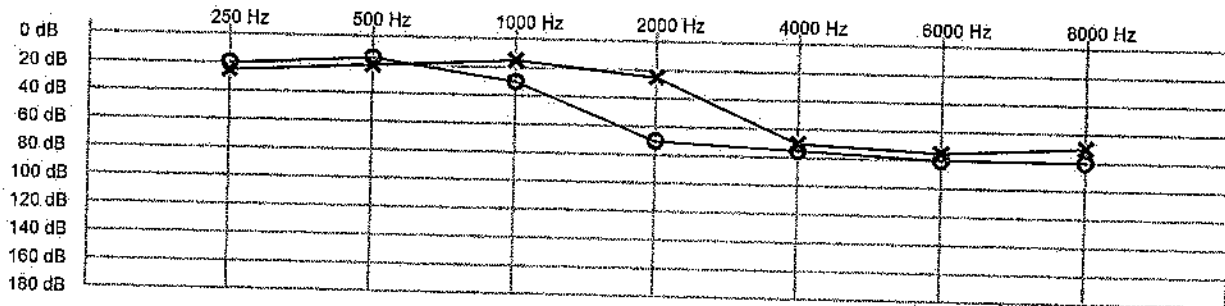
Información del responsable

Nombre: 0

Teléfono: 0

Parentesco: PADRE

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) | 20 | 15 | 30 | 70 | 75 | 80 | 80 | 38,33 | 78,33 |
| Oído izquierdo (X azul) | 25 | 20 | 15 | 25 | 70 | 75 | 70 | 20,00 | 71,67 |

| 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 audimetrías anteriormente? | NO | |

| Numeral | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|---------|---|-----------|-------------|
| | ¿Ha presentado otitis, ceralea, 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

Restricciones: 99 - REQUIERE EXÁMENES DE CONTROL AUDITIVO ANUALES

Observaciones: Candidato apto con restricción 99 realizar exámenes auditivos anuales, cumple con los requisitos exigidos en el anexo 1 de la resolución 0217 del 2014

Firma y Huella del Fonoaudiólogo

Fonoaudiólogo:
LADY TATIANA DIAZ LOPEZ

N° de tarjeta profesional:
1019025713

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 | $\geq 20/30.0$ | 20/20.0 | CUMPLE |
| | Cercano Ojo Izquierdo | $\geq 20/30.0$ | 20/25.0 | CUMPLE |
| | Cercano Ambos Ojos | $\geq 20/30.0$ | 20/20.0 | CUMPLE |
| | Cirugías refractivas | No se admite Cirugía Refractiva | No presenta cirugía refractiva | CUMPLE |
| 1.2 Campo Visual | Campímetro IZ Plano Horizontal | $\geq 70^\circ$ | 86 | 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 Aftaquias y Pseudoftaquias | Monolateralidades y Bilateralidades | No se admiten monolateralidades ni bilateralidades | No presenta monolateralidades ni bilateralidades |
| 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 | $\leq 50\%$ | 10 | CUMPLE |
| | Encandilamiento o Estrés Luminoso | $\leq 5\text{ s}$ | 3 | CUMPLE |
| | Recuperación al Encandilamiento | ≤ 3 Líneas AV | 1 | CUMPLE |
| 1.5 Motilidad Palpebral | Ptois y Lagofthalmias | No se admiten Ptois ni lagofthalmias | No presenta Ptois ni lagofthalmias | CUMPLE |
| 1.6 Motilidad del Globo Ocular | Phoria Horizontal Lejana | ≥ 1.5 y ≤ 6.5 | 5.0 | CUMPLE |
| | Phoria Vertical Lejana | ≥ 3.5 y ≤ 5.5 | 4.5 | CUMPLE |
| | Phoria Horizontal Cercana | ≥ 2.5 y ≤ 7.5 | 4.5 | CUMPLE |

| Numeral | Parámetro | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|---|-------------------------------------|--|--------------------------------------|----------|
| 1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual | Phoria Vertical Cercana | ≥ 3.5 y ≤ 5.5 | 5:0 | 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 % | 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 | ≥ 4 | 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 afaqias? | NO | |
| 1.2 Campo Visual | ¿El aspirante presenta Escotomas? | NO | |
| 1.3 Afaqias y Pseudofaqias | ¿El aspirante presenta Afaqias o Pseudofaqias 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 diplopia? | 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 está 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 0217 DEL 2014, PERO LE APLICA LA RESTRICCIÓN INDICADA. CONDUCIR CON LENTES+++

Firma y Huella del Optómetra

SIGEC OJ
Diego Alexander Cruz Laverde



Firma

Huella

Optómetra:
DIEGO ALEXANDER CRUZ LAVERDE

N° de registro médico:
1512374429

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

Dispositivo: Carga manual

| 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 | ≤ 0.74 s | 0.60-CUMPLE | CUMPLE |
| | | Tiempo Medio de Reacción en el Acierto | ≤ 0.80 s | 0.50-CUMPLE | CUMPLE |
| | | Nº De Errores | ≤ 5 Errores | 1-CUMPLE | CUMPLE |
| 12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado | Reacciones Múltiples | Tiempo Medio de Reacción de Respuesta | ≤ 0.71 s | 0.40-CUMPLE | CUMPLE |
| | | Tiempo Medio de Reacción en el Acierto | ≤ 0.70 s | 0.40-CUMPLE | CUMPLE |
| | | Nº De Errores | ≤ 5 Errores | 1-CUMPLE | CUMPLE |
| 12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz | Coordinación Bimanual | Tiempo total del error | ≤ 16 s | 10-CUMPLE | CUMPLE |
| | | Porcentaje de Error sobre el Recorrido | $\leq 2\%$ | 2-CUMPLE | CUMPLE |
| | | Nº De Errores | ≤ 28 Errores | 10-CUMPLE | CUMPLE |
| 12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado | Reacción al Frenado | Tiempo Medio de Reacción al Frenado | ≤ 0.75 s | 0.60-CUMPLE | CUMPLE |
| 12.1 Estimación del Movimiento | Velocidad de Anticipación | Tiempo Medio de Desviación (Vel.1.) | ≤ 0.60 s | 0.60-CUMPLE | CUMPLE |
| | | Tiempo Medio de Desviación (Vel.2.) | ≤ 0.93 s | 0.90-CUMPLE | 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 | $p > 75$ | 40 | 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 | $p > 79$ | 89 | CUMPLE |
| 10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador | $p > 75$ | 52 | CUMPLE |
| 11.1 Abuso de alcohol | $p > 75$ | 30 | CUMPLE |
| 11.2 Dependencia del alcohol | $p > 75$ | 30 | CUMPLE |

| Numeral | Criterio de aprobación | Resultado | |
|---|---|-----------|----------|
| | | Percentil | Concepto |
| 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. | 104 | 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 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.

Restricciones: No tiene

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

Psicólogo:
BRAYAN RODOLFO GARCIA REYES

Nº de tarjeta profesional:
259214

Firma y Huella del Psicólogo

BRAYAN RODOLFO GARCIA REYES



Firma

Huella

Evaluación Médica

| Presión arterial (mmHg) | Frecuencia cardíaca (fat/mín) | Estatura (cm) | Frecuencia respiratoria (resp/mín) | Peso (kg) |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|------------------------------------|-----------|
| 140/90 | 72 | 164 | 15 | 83 |

| 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 |

| Numeral | Parámetro | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|--|---|---|--|----------|
| 5. Trastornos hematológicos | 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 |
| | 5.1 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 |
| | 5.2.1 Anemias, leucopenias, y trombopenias | NO SE ADMITEN ANEMIAS, LEUCOPENIAS Y TROMBOPENIAS | NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ANEMIAS, LEUCOPENIAS Y TROMBOPENIAS | CUMPLE |
| 6. Sistema renal | 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 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 Accidentes 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 RECURRENTE | NO EXISTEN ACCIDENTES ISQUÉMICOS | CUMPLE |

| Numeral | Parámetro | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|--|------------------------------------|--|----------------------------------|----------|
| 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 | | |
| | | ¿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 | | |
| | 4.8 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 | | | |
| 5. Trastornos Hematológicos | 4.8 Artropatías periféricas | ¿Sufre de enfermedades vasculares periféricas? | NO | | |
| | 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 Traslante renal | ¿Sufre de edema de miembros inferiores? | NO | | |
| 7. Sistema Respiratorio | 7.1 Disneas | ¿Ha sido sometido o está en lista de espera para un trasplante renal? | NO | | |
| | | ¿Sufre de insuficiencia renal? | NO | | |
| | 7.2 Trastornos del Sueño | ¿Sufre de dificultad respiratoria en reposo o cuando realiza un esfuerzo leve? | NO | | |
| | | ¿Le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño? | NO | | |

| Numeral | Parámetros | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|--|---|--|-----------|-------------|
| | | ¿Sufrir de somnolencia diurna? | 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 | ¿Sufrir de hiper o hipotiroidismo? | NO | |
| | 8.4 Enfermedades paratiroideas | ¿Le ha diagnosticado alteraciones de la paratiroideas? | NO | |
| | 8.5 Enfermedades adrenales | ¿El aspirante ha sido diagnosticado con alguna alteración de glándulas suprarrenales? | NO | |
| 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 | ¿Sufrir 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? | NO | |
| | | ¿Sufrir 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 | |

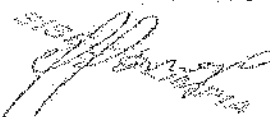
El resultado aquí descrito se obtiene de la aplicación de métodos como entrevista, observación y aplicación de pruebas, así mismo el concepto final esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

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:
GILBERTO GOMEZ APARICIO

N° de tarjeta profesional:
19101621

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, REQUIERE EXÁMENES DE CONTROL AUDITIVO ANUALES

Observaciones:
APTO CON RESTRICCIÓN DE ACUERDO A LOS
PARAMÉTROS EXIGIDOS POR LA RESOLUCION
0217/2014.

Certificador:
MILEK PAOLA BALLESTEROS CANTILLO

N° de tarjeta profesional:
32803223

Firma del evaluado

SISEC OLIMPIA
[Handwritten signature]

Firma y Huella del Certificador

SISEC OLIMPIA
[Handwritten signature]

Firma

Huella

