




ISO/IEC 17024:2012  
18-CEP-018

## CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

Según lo establecido por la Resolución 000217 de 2014, expedida por el Ministerio de Transporte  
ORGANISMO CERTIFICADOR: CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE  
CONDUCTORES DE COLOMBIA 2 SAS NIT: 901007076 - 1  
CENTRO DE EVALUACIÓN: CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES  
DE COLOMBIA 2 SAS

Dirección:	Cl. 19b Sur #16-43 , Bogotá, D.C., Bogotá
Teléfono:	6017043239
Habilitación Ministerio Transporte:	000
Sec. Salud - Registro Habilitación:	000
Acreditación:	18CEP018

### IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA



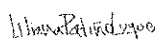



 04/03/2025 7:56:08	Nombres:		EFRAIN
	Apellidos:		QUINTERO TOVAR
	Tipo Identificación:		CC
	N° Identificación:		19236342
	Grupo Sanguíneo y RH:		O +
	Fecha de Nacimiento:		1953/09/27
	Edad:		71
	Sexo:		M
	Estado Civil:		Unión libre
	Nivel Educativo:		Bachillerato
Ocupación:		CONDUCTORES DE BUSES MICROBUSES Y TRANVIAS	
EPS:		COMPENSAR	
Regimen de Afiliación:		Contributivo	
Dirección:		cra 9 este 463	
Teléfono:		2801937	
Ciudad Residencia:		Bogotá, D.C.	
Numero de Factura:		7392	
Fecha de Impresión :		01/04/2025 11:17:11	

Contacto caso de emergencia y/o acompañante:	ana belen avila
Teléfono (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):	2801937
Parentesco (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):	Conyugue
Fecha inicio vigencia:	04/03/2025 8:49:23
Fecha vencimiento:	31/08/2025 8:49:23
N° de Reconocimiento:	7403

Trámite	Categoría	Grupo	Concepto	N° Resultado	N° certificado RUNT
Refrendación	C2	Grupo 2	APTO	A-0390-000008168	47891763

#### CERTIFICA QUE:

Teniendo en cuenta que el usuario identificado en este documento, solicita ser evaluado de su aptitud medica para conducir de conformidad a lo establecido en la Resolución 0217 de 2014 anexo I, la Resolución 20223040030355 de 2022, Resolución 5228 del 2016 (Ministerio de Transporte) y la NTC ISO/IEC 17024 de 2012 - Por lo que certificamos los resultados obtenidos así:

Concepto de Optometría	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto con restricción (gafas y/o lentes de contacto), cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales 1.1 al 1.7.	ANGELA ZEA POVEDA	3799	N.A. 03/10/2024_8 42:02	
Concepto de Fonoaudiología	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numeral 2.1. y/o la resolución 20223040030355 de 2022.	LILIANA PATIÑO LUQUE	10986233 09	 16/05/2024_16 31 45	
Concepto de Psicología	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales del 10 al 13.	ELIANA AGUDELO GARCIA	256761	 07/06/2024_17:55 25	
Concepto de Medicina General	Nombre	R.M:	Huella	Firma
Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I.	GILBERTO GOMEZ APARICIO	19101621	N.A. 05/09/2024_8 37 24	

Concepto Final	Trámite - Categoría
Cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014 anexo I	Refrendación C2
(Código) Restricciones - Observación	
(1) Conducir con lentes	
Observaciones / Vigencia	
Limitaciones físicas progresivas	Fecha Vigencia

 Firma Profesional Certificador LUIS RODRIGUEZ RM: 148149 Declaro bajo la gravedad de juramento que el dictamen se ajusta a la realidad medica del usuario.	 18/11/2024_8:50:35 Huella Profesional	Firma Usuario Certificado Declaro bajo la gravedad de juramento 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 apego a la verdad
Vigencia del Certificado: este certificado tiene vigencia de seis(6) meses según lo establecido en la resolución 1298 de 2018 del Ministerio de Transporte		
Conforme a ley se da cumplimiento a la ley 527 acorde a la resolución 3100 Numeral 11.1.6 Estándares de Historia Clínica y Registros.		

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES IPS

NIT: 900101623-7

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR - CONDUCTOR Y/O MOTORIZADO**

Certificado de aptitud: 19236342-62214

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Fecha y Lugar:** 30 ago. 2024 - BOGOTA D.C  
**Paciente:** EFRAIN QUINTERO TOVAR  
**Género:** MASCULINO **Edad:** 70  
**Fecha Nacimiento:** 27/09/1953  
**Estado Civil:** UNIÓN LIBRE  
**Dirección:** CARRERA 9 ESTE # 4 63  
**Escolaridad:** BACHILLERATO  
**Empresa:** GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S

**Tipo de Examen:** INGRESO  
**Identificación:** 19236342  
**Teléfono:** **Móvil:** 3204089522  
**Cargo:** CONDUCTOR (A)  
**EPS:** COMPENSAR  
**ARL:** SURA  
**AFP:**

**AREA:** No Reporta

**Misión/Contrato/ Centro de Costo:** GLOBAL SERVICE LOGISTICS S.A.S

## EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

<b>AUDIOMETRIA</b>	1. CONTROL ANUAL 2. PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO E HIGIENE BILATERAL 3. CONDUCIR CON VENTANA CERRADA O A LA ALTURA DEL OÍDO
<b>VISIOMETRIA</b>	1. APLAZADO HASTA TRAER CERTIFICADO CON: NOMBRE COMPLETO DE LA PROFESIONAL, FIRMA Y SELLO ORIGINAL QUE INCLUYA: AGUDEZA VISUAL CON Y SIN CORRECCION, FORMULACION FINAL Y DIAGNOSTICO- TIEMPO NO MAYOR A 10 DIAS A ESTE EXAMEN
<b>EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR</b>	1. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. 2. PAUSAS ACTIVAS 3. HIGIENE POSTURAL. 4. REALIZAR EJERCICIOS DE VACIAMIENTO VENOSO DE MIEMBROS INFERIORES Y USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN BAJA 5. DIETA BAJA EN CARBOHIDRATOS Y GRASAS, EJERCICIO AL MENOS 3 VECES POR SEMANA POR LO MENOS 1 HORA AL DÍA, VALORACIÓN POR NUTRICION EN EPS 6. USAR CORRECCION VISUAL PERMANENTE 7. REQUIERE VALORACION POR OPTOMETRIA Y FORMULACION DE GAFAS CORRECTIVAS (TRABAJADOR CON ALTERACION VISUAL BASTANTE ALTA)
<b>GLICEMIA</b>	Con Alteración
<b>PSICOSENSOMETRICO</b>	NO APTO PARA C2 APTO UNICAMENTE VEHICULOS GRUPO 1 B1 RESTRICCION 99 No exceder velocidad maxima permitida segun resol 0217 del 2014

## CONCEPTO LABORAL

### APLAZADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN SISTEMA OSTEOMUSCULAR

Observaciones: EL TRABAJADOR TIENE 10 DÍAS HÁBILES PARA TRAER LAS GAFAS CON FORMULA Y REALIZAR EL TAMIZAJE VISUAL PARA QUITAR APLAZAMIENTO.

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) o Programa de Prevención y Promoción (PPyP)		
NUTRICIÓN	-	PPyP
ERGONOMICO	-	PPyP
CONSERVACION VISUAL	-	PPyP

## Información de Remisiones

NUTRICION	-
OPTOMETRIA	-

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las evaluaciones medicas ocupacionales, los exámenes para clínicos y las pruebas complementarias que se van a realizar han sido diseñadas con el fin de evaluar su capacidad y aptitud para desempeñar el cargo al que va ingresar, seguir (periódico) o de egreso de su respectiva empresa. Con las pruebas a realizar se va a conocer el estado de salud físico y mental en que me encuentro. A la fecha como mayor de edad, con nombre e identificado como aparece en este documento, actuando en pleno uso de mis facultades mentales, sin presiones de ninguna índole y en pleno conocimiento, declaro que si deseo recibir la naturaleza de los exámenes y propósito de los exámenes ocupacionales y pruebas complementarias prestados por ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA. De conformidad plena y teniendo en cuenta todo lo anterior autorizo a ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA para realizar los exámenes clínicos solicitados por mi empleador y autorizo a que los resultados de dichos exámenes sean plasmados de manera general en el informe de condiciones de salud entregados en físico o digitales a mi empleador o entidad solicitante para fines de vigilancia epidemiológica o según corresponda. Que si he tenido oportunidad de preguntar y resolver inquietudes al respecto, y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de los exámenes.

AUTORIZACION DE DATOS PERSONALES: Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, "Por el cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales" y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con la firma de este documento manifiesto que he sido informado por ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA de lo siguiente:

1. ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA actuará como responsable del tratamiento de datos personales de las cuales soy titular y que, conjunta o separadamente podrán recolectar, usar y tratar mis datos personales conforme la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS.

Calle 63 No. 24-44 Cons 206 TEL: 2174450 CORREO ELECTRONICO: ipscalle63@alianzaexamenes.com 3135543936 Bogotá - Colombia

2. Es de carácter facultativo responder preguntas que traten sobre Datos Sensibles o sobre menores de edad.
3. Mis derechos como titular de los datos son previstos en la Constitución y la ley, especialmente el derecho a conocer actualizar, rectificar y suprimir mi información personal, así como el derecho a revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales.
4. Los derechos pueden ser ejercidos a través de los canales gratuitos dispuestos por el centro médico y observando la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS.
5. Para cualquier inquietud o información adicional relacionada con el tratamiento de datos personales, puedo contactarme al correo electrónico [gerencia@alianzaexamenes.com](mailto:gerencia@alianzaexamenes.com). La IPS garantiza la confidencialidad, libertad, seguridad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida de mis datos y se reservan el derecho de modificar su Política de Tratamiento de Datos Personales en cualquier momento. Cualquier cambio será informado y publicado oportunamente. Teniendo en cuenta lo anterior, autorizo de manera voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a ALIANZA EXAMENES EMPRESARIALES OCUPACIONALES Y SERVICIOS MEDICOS LTDA para tratar mis datos personales de acuerdo con la Política de Tratamiento de Datos Personales de la compañía y para los fines relacionados con su objeto social y en especial para fines legales, contractuales, comerciales descritos en la Política de Tratamiento de Datos Personales de la IPS. La información obtenida para el Tratamiento de mis Datos Personales la he suministrado de forma voluntaria y es verídica.



Médico Especialista en Salud Laboral  
JUAN DAVID CALLE CARDOZO  
3757 119007



Firma y cédula del Paciente  
EFRAIN QUINTERO TOVAR  
19236342