

Numerar	Parámetros	Pregunta	Respuesta	Complemento
5. Trastornos Hematológicos	5.1 Procesos Oncohematológicos	¿Ha sido sometido a quimioterapia o radioterapia?	NO	
	5.1.1 Procesos sometidos a tratamiento quimioterapéutico	¿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	
	5.1.2 Policitemia Vera	¿Tiene trastornos de la coagulación?	NO	
	5.1.3 Otros trastornos	¿Ha sufrido algún trastorno hematológico distinto a los indagados anteriormente?	NO	
	5.2 Trastornos no Oncohematológicos	¿Sufre de enfermedades como anemias, trombocitopenia o leucopenia?	NO	
	5.2.1 Anemias, leucopenias, y trombopenias	¿El aspirante ha producido descompensaciones en el último año que hubieran requerido de transfusión de plasma?	NO	
	5.2.2 Trastornos de coagulación	¿Se le ha diagnosticado nefropatía?	NO	
	5.2.3 Tratamiento anticoagulante	¿Sufre de edema de miembros inferiores?	NO	
	6. Sistema Renal	¿Ha sido sometido o está en lista de espera para un trasplante renal?	NO	
	6.1 Neuropatías	¿Sufre de insuficiencia renal?	NO	
	6.2 Trasplante renal	¿Se le han diagnosticado apnea obstructiva del sueño?	NO	
	7. Sistema Respiratorio	¿Sufre de somnolencia diurna?	NO	
	7.1 Disneas	¿Ha sufrido de traumas mediastinales o de afecciones pleurales, como dolor torácico intenso, crisis de disnea paroxística?	NO	
	7.2 Trastornos del Sueño	¿Le han diagnosticado diabetes mellitus?	NO	
	7.3 Otras afecciones	¿Ha presentado alguna vez un cuadro de hipoglucemia?	NO	
8. Enfermedades Metabólicas Y Endocrinas	8.3 Enfermedades tiroideas	¿Sufre de hiper o hipo tiroidismo?	NO	
	8.4 Enfermedades paratiroides	¿Le han diagnosticado alteraciones de la paratiroides?	NO	
	8.5 Enfermedades adrenales	¿El aspirante ha sido diagnosticado con alguna alteración de glandulas 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?	NO	
	9.3 Alteraciones del equilibrio	¿El aspirante ha presentado sacudidas mioclónicas que puedan afectar la seguridad de la conducción?	NO	
	9.4 Trastornos musculares	¿Sufre de alteraciones del equilibrio o vértigo?	NO	
	9.5 Accidente isquémico transitorio	¿Posee algún trastorno o patología muscular?	NO	
	9.6 Accidentes isquémicos recurrentes	¿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 accidentes isquémicos recurrentes?	NO	
		¿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

Firma y Huella del Médico general

Restricciones:

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 31 de enero de 2014.

S/SEC O/LIM/2025
Dpto de Salud Pública



Firma

Huella

Fecha: 6/09/2025 11:33:48 a. m.

Médico general:

JOSE EDUARDO SANCHEZ LOPEZ

Nº de tarjeta profesional:

12191985

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

Restricciones:

Observaciones:

Apto según el Anexo I de la resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y 30355 del 2022.

Certificador:

JEISON ANDRES GOMEZ OSORIO

Nº de registro médico:

1512374429

Firma del evaluado

S/SEC O/LIM/2025
Dpto de Salud Pública

Firma y Huella del Certificador

S/SEC O/LIM/2025
Dpto de Salud Pública

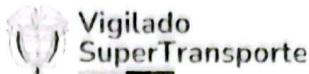
Firma



Huella

MEDICOLOMBIA SAS

11-CEP-005 del 13/06/2011



CERTIFICADO
NO. 2025-008700

NTC ISO IEC 17024:2013
11-CEP-005

Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 118416 | RUNT No: 49367042 | Fecha de Expedición: 06/09/2025 | Fecha de Vencimiento: 05/03/2026

MEDICOLOMBIA S.A.S

Dirección: CRA 64B # 74-21 2DO PISO - MEDELLÍN

NIT: 9004098251 | Teléfono: 4414968

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 11693

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 002588



Huella izquierda



Huella derecha



06/09/2025 10:43:24 a.m.

Información del Candidato

Nombre: JORGE ALONSO GIL TAMAYO

Documento: CC 70193353

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa MEDICOLOMBIA SAS propietaria del MEDICOLOMBIA S.A.S

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.

- 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 Resolución 217 de 2014 del Ministerio de Transporte y sus anexos), bajo las siguientes características:

Alcance de Certificación

Grupo de Categorías	Categoría	Servicio	Tipo de Trámite
Grupo 2	C2	PUBLICO	Refrendación

- 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 Resolución 217 de 2014 del Ministerio de Transporte.

- 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

Restricciones, limitaciones o adaptaciones:

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

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

Observaciones: Apto según el Anexo I de la resolución 217 del 31 de Enero de 2014 y 30355 del 2022.

Firma del evaluado

Jorge Alonso Gil Tamayo

Certificador: JEISON ANDRES GOMEZ OSORIO N° de registro médico: 1512374429

Firma del Certificador

JEISON ANDRES GOMEZ OSORIO

Firma

"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 apego a la verdad. Declaro que he recibido e 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