

Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 37519 | RUNT No: 47816205 | Fecha de Expedición: 22/02/2025 | Fecha de Vencimiento: 21/08/2025

IPS PROFESIONALES EN SALUD SAS
 Dirección: Cr 25 51 37 LOCAL 1 - BOGOTÁ
 NIT: 9005840381 | Teléfono: 2551440
 Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 110012591401
 Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 5738 de 12 de Diciembre de 2013



Información del Candidato

Nombre: ELIAS ARIAS ROJAS
 Fecha de nacimiento: 02/10/1955
 Documento: CC 5802459

Ocupación: Otros
 Teléfono: 7167087

Dirección: CR 20 B N 62 - 30 SUR
 Gs/Rh: O+

Información del Responsable

Nombre: ADELA OSUNA

Teléfono/Celular: 3226624112

Parentesco: ESPOSA

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa IPS PROFESIONALES EN SALUD SAS propietaria del IPS PROFESIONALES EN SALUD 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 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	C3	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 Resolución 217 de 2014 del Ministerio de Transporte.

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: C3

Resultado de proceso de certificación: APROBADO

Atestación de certificación: APTO

Restricciones, limitaciones o adaptaciones:

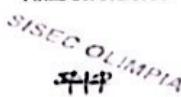
4. Que según lo establecido en la misma resolución, se le practicaron los exámenes:

- 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: Aprobado conforme con el anexo 1 de la resolución 0217 de 2014 para G2 C3

Certificador: **DANIELA LUCIA JIMENEZ ESPITIA** N° de tarjeta profesional: **183757**

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 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

Firma

Huella

Informe de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 37519 | RUNT No: 47816205 | Fecha de Expedición: 22/02/2025 | Fecha de Vencimiento: 21/08/2025 | Trámite: Refrendación | Categoría: C3

IPS PROFESIONALES EN SALUD SAS
 Dirección: Cr 25 51 37 LOCAL 1 - BOGOTÁ
 NIT: 9005840381 | Teléfono: 2551440
 Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 110012591401
 Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 5738 de 12 de Diciembre de 2013

**Información del candidato**

Nombre: ELIAS ARIAS ROJAS
 Sexo: M
 Oe/Rh: O+
 Edad: 69 años
 Fecha de nacimiento: 02/10/1955

Documento: CC 5902459
 Lugar de residencia: BOGOTÁ
 Dirección: CR 20 B N 62 - 30 SUR
 Teléfono: 7187087
 Ocupación: Otros

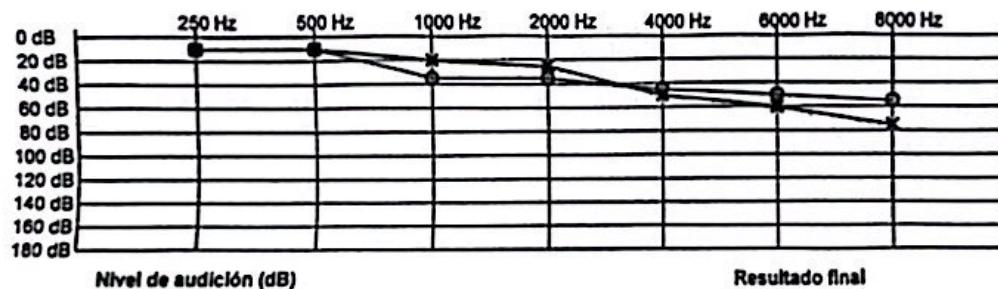
Estado Civil: Casado(s)
 Aseguradora: Salud Total S.A. Eps Ara
 Tipo Vinculación: Cotizante

Información del responsable

Nombre: ADELA OSUNA

Teléfono/Celular: 3226624112

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	35	35	45	50	55	26,67	50,00
Oído izquierdo (X azul)	10	10	20	25	50	60	75	18,33	61,67

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 audífonos

Normal Normal NO

Anamnesis

Numerar	Pregunta	Respuesta	Complemento
2.1 Agudeza auditiva	¿Presentó la evaluación con audífono?	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 audiometrias anteriormente?	NO	
	¿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	

Numerar	Pregunta	Respuesta	Complemento																																																																																																																							
	¿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 está 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.																																																																																																																										
Fonoaudiólogo: YERY YULIETH MORENO MONSALVE		Nº de registro médico: 1512374429	Firma y Huella del Fonoaudiólogo <i>SISSEC OLYMPIA</i> Firma Fecha: 22/02/2025 8:17:45 a. m. Huella																																																																																																																							
<h2>Evaluación de Capacidad Visual</h2> <p>Dispositivo: Carga manual</p> <p>No presentó evaluación con Corrección Óptica</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Numerar</th> <th>Parámetro</th> <th>Criterio de aprobación</th> <th>Resultado</th> <th>Concepto</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7">1.1 Agudeza Visual</td> <td>Lejana Ojo Derecho</td> <td>>= 20/30.0</td> <td>20/25</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Lejana Ojo Izquierdo</td> <td>>= 20/30.0</td> <td>20/25</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Lejana Ambos Ojos</td> <td>>= 20/30.0</td> <td>20/25</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Cercano Ojo Derecho</td> <td>>= 20/50.0</td> <td>20/25</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Cercano Ojo Izquierdo</td> <td>>= 20/50.0</td> <td>20/25</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Cercano Ambos Ojos</td> <td>>= 20/50.0</td> <td>20/25</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Cirugías refractivas</td> <td>No se admite Cirugía Refractiva</td> <td>No presenta cirugía refractiva</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">1.2 Campo Visual</td> <td>Campímetro IZ Plano Horizontal</td> <td>>= 70 °</td> <td>70</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Campímetro DE Plano Horizontal</td> <td>>= 70 °</td> <td>70</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Perímetro IZ Plano Vertical</td> <td>>= 70 °</td> <td>70</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Perímetro DE Plano Vertical</td> <td>>= 70 °</td> <td>70</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Escotomas</td> <td>No se admite presencia de escotomas</td> <td>No existe presencia de escotomas</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>1.3 Ataquias y Pseudotaquias</td> <td>Monolateralidades y Bilateralidades</td> <td>No se admiten monolateralidades ni bilateralidades</td> <td>No presenta monolateralidades ni bilateralidades</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">1.4 Sentido Luminoso</td> <td>Visión Mesópica</td> <td>No se admiten alteraciones en la visión mesópica</td> <td>No presenta alteraciones en la visión mesópica</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Visión Nocturna Binocular</td> <td>>= 20/30.0</td> <td>20/25</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Sensibilidad al Contraste</td> <td><= 50 % - Normal</td> <td>45</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Encandilamiento o Estrés Luminoso</td> <td>Recuperación <= 5 s</td> <td>5</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Recuperación al Encandilamiento</td> <td><= 3 Líneas AV</td> <td>3</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>1.5 Motilidad Palpebral</td> <td>Ptosis y Lagoftalmias</td> <td>No se admiten Ptosis ni Lagoftalmias</td> <td>No presenta Ptosis ni Lagoftalmias</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td rowspan="8">1.6 Motilidad del Globo Ocular</td> <td>Phoria Horizontal Lejana</td> <td>>= 1.5 y <= 6.5</td> <td>6</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Phoria Vertical Lejana</td> <td>>= 3.5 y <= 5.5</td> <td>6</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Phoria Horizontal Cercana</td> <td>>= 1.5 y <= 6.5</td> <td>6</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Phoria Vertical Cercana</td> <td>>= 3.5 y <= 5.5</td> <td>5</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Diplopia</td> <td>No debe presentar diplopia</td> <td>No presenta diplopia</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Nistagmus</td> <td>No debe presentar Nistagmus</td> <td>No presenta Nistagmus</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Estrabismos</td> <td>No deben existir Estrabismos</td> <td>No existe Estrabismos</td> <td>CUMPLE</td> </tr> <tr> <td>Visión de Profundidad Lejana</td> <td>< 40 Seg de Arco 80 %</td> <td>35</td> <td>CUMPLE</td> </tr> </tbody> </table>				Numerar	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto	1.1 Agudeza Visual	Lejana Ojo Derecho	>= 20/30.0	20/25	CUMPLE	Lejana Ojo Izquierdo	>= 20/30.0	20/25	CUMPLE	Lejana Ambos Ojos	>= 20/30.0	20/25	CUMPLE	Cercano Ojo Derecho	>= 20/50.0	20/25	CUMPLE	Cercano Ojo Izquierdo	>= 20/50.0	20/25	CUMPLE	Cercano Ambos Ojos	>= 20/50.0	20/25	CUMPLE	Cirugías refractivas	No se admite Cirugía Refractiva	No presenta cirugía refractiva	CUMPLE	1.2 Campo Visual	Campímetro IZ Plano Horizontal	>= 70 °	70	CUMPLE	Campímetro DE Plano Horizontal	>= 70 °	70	CUMPLE	Perímetro IZ Plano Vertical	>= 70 °	70	CUMPLE	Perímetro DE Plano Vertical	>= 70 °	70	CUMPLE	Escotomas	No se admite presencia de escotomas	No existe presencia de escotomas	CUMPLE	1.3 Ataquias y Pseudotaquias	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	>= 20/30.0	20/25	CUMPLE	Sensibilidad al Contraste	<= 50 % - Normal	45	CUMPLE	Encandilamiento o Estrés Luminoso	Recuperación <= 5 s	5	CUMPLE	Recuperación al Encandilamiento	<= 3 Líneas 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	>= 1.5 y <= 6.5	6	CUMPLE	Phoria Vertical Lejana	>= 3.5 y <= 5.5	6	CUMPLE	Phoria Horizontal Cercana	>= 1.5 y <= 6.5	6	CUMPLE	Phoria Vertical Cercana	>= 3.5 y <= 5.5	5	CUMPLE	Diplopia	No debe presentar diplopia	No presenta diplopia	CUMPLE	Nistagmus	No debe presentar Nistagmus	No presenta Nistagmus	CUMPLE	Estrabismos	No deben existir Estrabismos	No existe Estrabismos	CUMPLE	Visión de Profundidad Lejana	< 40 Seg de Arco 80 %	35	CUMPLE
Numerar	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto																																																																																																																						
1.1 Agudeza Visual	Lejana Ojo Derecho	>= 20/30.0	20/25	CUMPLE																																																																																																																						
	Lejana Ojo Izquierdo	>= 20/30.0	20/25	CUMPLE																																																																																																																						
	Lejana Ambos Ojos	>= 20/30.0	20/25	CUMPLE																																																																																																																						
	Cercano Ojo Derecho	>= 20/50.0	20/25	CUMPLE																																																																																																																						
	Cercano Ojo Izquierdo	>= 20/50.0	20/25	CUMPLE																																																																																																																						
	Cercano Ambos Ojos	>= 20/50.0	20/25	CUMPLE																																																																																																																						
	Cirugías refractivas	No se admite Cirugía Refractiva	No presenta cirugía refractiva	CUMPLE																																																																																																																						
1.2 Campo Visual	Campímetro IZ Plano Horizontal	>= 70 °	70	CUMPLE																																																																																																																						
	Campímetro DE Plano Horizontal	>= 70 °	70	CUMPLE																																																																																																																						
	Perímetro IZ Plano Vertical	>= 70 °	70	CUMPLE																																																																																																																						
	Perímetro DE Plano Vertical	>= 70 °	70	CUMPLE																																																																																																																						
	Escotomas	No se admite presencia de escotomas	No existe presencia de escotomas	CUMPLE																																																																																																																						
1.3 Ataquias y Pseudotaquias	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	>= 20/30.0	20/25	CUMPLE																																																																																																																						
	Sensibilidad al Contraste	<= 50 % - Normal	45	CUMPLE																																																																																																																						
	Encandilamiento o Estrés Luminoso	Recuperación <= 5 s	5	CUMPLE																																																																																																																						
	Recuperación al Encandilamiento	<= 3 Líneas 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	>= 1.5 y <= 6.5	6	CUMPLE																																																																																																																						
	Phoria Vertical Lejana	>= 3.5 y <= 5.5	6	CUMPLE																																																																																																																						
	Phoria Horizontal Cercana	>= 1.5 y <= 6.5	6	CUMPLE																																																																																																																						
	Phoria Vertical Cercana	>= 3.5 y <= 5.5	5	CUMPLE																																																																																																																						
	Diplopia	No debe presentar diplopia	No presenta diplopia	CUMPLE																																																																																																																						
	Nistagmus	No debe presentar Nistagmus	No presenta Nistagmus	CUMPLE																																																																																																																						
	Estrabismos	No deben existir Estrabismos	No existe Estrabismos	CUMPLE																																																																																																																						
	Visión de Profundidad Lejana	< 40 Seg de Arco 80 %	35	CUMPLE																																																																																																																						

	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	Visión de Profundidad Cercana	< 40 Seg de Arco 80 %	35	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	4	CUMPLE

Anamnesis

Numerar	Pregunta	Respuesta	Complemento
1.1 Agudeza Visual	¿Presenta la evaluación con Corrección Óptica?	NO	
	¿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 Pseudofaquias que afecten su visión?	NO	
1.4 Sentido Luminoso	¿El aspirante presenta alteraciones de la visión mesóptica?	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 diplopia?	NO	
1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual	¿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

Restricciones: No tiene

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

Optómetra:
OSCAR DAVID GODOY MONTENEGRO

Nº de registro médico:
3741

Firma y Huella del Optómetra

Huella

Firma

Fecha: 22/02/2025 8:29:36 a. m.

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

Dispositivo: Carga manual

Numerito	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	<= 0.69 s	0.69-CUMPLE	CUMPLE
		Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 0.69 s	0.69-CUMPLE	CUMPLE
		Nº De Errores	<= 5 Errores	5-CUMPLE	CUMPLE
12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado	Reacciones Múltiples	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	<= 1.14 s	1.12-CUMPLE	CUMPLE
		Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 1.14 s	1.12-CUMPLE	CUMPLE
		Nº De Errores	<= 7 Errores	5-CUMPLE	CUMPLE
12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz	Coordinación Bimanual	Tiempo total del error	<= 4.83 s	3.21-CUMPLE	CUMPLE
		Porcentaje de Error sobre el Recorrido	<= 2 %	0.32-CUMPLE	CUMPLE
		Nº De Errores	<= 15 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	0.63-CUMPLE	CUMPLE
		Tiempo Medio de Desviación (Vel 1.)	<= 0.83 s y <= 0.83 s	0.63-CUMPLE	CUMPLE
12.1 Estimación del Movimiento	Velocidad de Anticipación	Tiempo Medio de Desviación (Vel 2.)	<= 0.83 s y <= 0.83 s	0.63-CUMPLE	CUMPLE
		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

Numerito	Criterio de aprobación	Resultado		Concepto
		Percentil de rechazo	Percentil	
10.1 Delirium, demencia, Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos psíquico	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 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		63	CUMPLE
10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador	p>75		30	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

Numeral	Criterio de aprobación	Resultado	
		Percentil	Concepto
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.	73	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.
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 está basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Firma y Huella del Psicólogo

Restricciones: No tiene

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

Firma

Huella

Fecha: 22/02/2025 8:10:35 a. m.

Psicólogo:
NANCY YOVANA BENAVIDES ALVAREZ N° de tarjeta profesional:
115630

Evaluación Médica

Presión arterial (mmHg)	Frecuencia cardíaca (lat/min)	Estatura (cm)	Frecuencia respiratoria (resp/min)	Peso (kg)
110/70	70	182	20	62

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 CARDIACA	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

Numerar	Parámetro	Criterio de aprobación	Resultado	Concepto
5. Trastornos hematológicos	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
	5.2.2 Trastornos de coagulación	NO SE ADMITEN TRASTORNOS DE COAGULACIÓN	NO PRESENTA TRASTORNOS DE COAGULACIÓN	CUMPLE
6. Sistema renal	5.2.3 Tratamiento anticoagulante	NO SE ADMITEN TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES	NO PRESENTA TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES	CUMPLE
	6.1 Neuropatías	NO SE PERMITEN NEUROPATHIAS	NO PRESENTA NEUROPATHIAS	CUMPLE
7. Sistema respiratorio	6.2 Trasplante renal	NO SE ADMITE TRASPLANTE RENAL	NO PRESENTA ANTECEDENTES DE TRASPLANTE RENAL	CUMPLE
	7.1 Disnea	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
8. Enfermedades metabólicas y endocrinas	7.3 Otras afecciones	NO DEBEN EXISTIR TRASTORNOS PULMONARES	NO EXISTEN TRASTORNOS PULMONARES	CUMPLE
	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 PARATIROIDEAS	NO EXISTE ENFERMEDADES PARATIROIDEAS	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

Numerar	Parámetros	Pregunta	Respuesta	Complemento
---------	------------	----------	-----------	-------------

		movilidad?	
	3.2 Afecciones o anomalías Progresivas	¿El aspirante presenta afecciones o anomalías progresivas?	NO
	3.3 Taña	¿Es su taña, 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 sincope secundario al trastorno del ritmo durante los 2 últimos años?	NO
	4.3 Marcaspos y Desfibrilador automático implantable	¿Tiene marcaposos 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 Arteropatías periféricas	¿Sufre de enfermedades vasculares periféricas?	NO
5. Trastornos Hematológicos	5.1 Procesos Oncohematológicos		
	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 indicados anteriormente?	NO
	5.2 Trastornos no Oncohematológicos		
	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
		¿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 Disnea	¿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
	7.3 Otras afecciones	¿Ha sufrido de traumas mediastínales 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 hipotiroidismo?	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

Numerar	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	
	9.3 Alteraciones del equilibrio	¿El aspirante ha presentado sacudidas mioclonicas 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	¿Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vascular recurrentes?	NO	
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 está 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 para G2 C3.

Firma y Huella del Médico general

Firma

Huella

Fecha: 22/02/2025 8:34:54 a. m.

Médico general:

GUSTAVO ADOLFO VASQUEZ BARRIGA

Nº de registro médico:

10949/1987

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 está basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final:

APTO

Restricciones:

Observaciones:

Aprobado conforme con el anexo 1 de la resolución 0217 de 2014 para G2 C3

Certificador:

DANIELA LUCIA JIMENEZ ESPITIA

Nº de tarjeta profesional:

183757

Firma del evaluado

Firma y Huella del Certificador

Firma

Huella