



## SOLICITUD

FR-24

V.04 - 10 / 02 / 2021

Página 1 de 1

Nombre del Solicitante:		No. Proceso:
		No. Carga RUNT:
		No. PIN Recaudo
1. EXAMEN CAPACIDAD AUDITIVA		
EXPLORACIÓN		RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN
Declaración en salud		Negativa <input type="checkbox"/> Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes		Negativa <input type="checkbox"/> Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
EXAMEN CLÍNICO	Comunicación oral	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
	Lectura y escritura	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
	Otoscopia	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
	Audiometría	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha: 11/01/25		
Apto sin restricción		
Firma del profesional		
2. EXAMEN CAPACIDAD MENTAL Y DE COORDINACIÓN		
EXPLORACIÓN		RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN
Declaración juramentada		Negativa <input type="checkbox"/> Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes		Negativa <input type="checkbox"/> Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
EXAMEN CLÍNICO	Actitud	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
	Autocontrol	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
	Inteligencia y práctica	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
	Coordinación psicomotora	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
Fecha: 11/01/25		
Apto, sin restricción		
Firma del profesional		
3. EXAMEN CAPACIDAD VISUAL		
EXPLORACIÓN		RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN
Declaración juramentada		Negativa <input type="checkbox"/> Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes		Negativa <input type="checkbox"/> Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
EXAMEN CLÍNICO	Segmento anterior	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
	Motilidad - Reflejos	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
	Visiometría	Sin uso de corrección <input type="checkbox"/> Con RX <input checked="" type="checkbox"/>
	Fecha: DD / MM / AAA	
Apto, SIN RESTRICCIÓN, CONTROL ANUAL		
Firma del profesional		
4. EXAMEN CAPACIDAD FÍSICA GENERAL		
EXPLORACIÓN		RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN
Declaración juramentada		Negativa <input type="checkbox"/> Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes		Negativa <input type="checkbox"/> Positiva <input checked="" type="checkbox"/>
EXAMEN CLÍNICO	Estado general	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
	Reflejos	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
	Equilibrio	Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input checked="" type="checkbox"/>
	TA: FC: X <sup>3</sup> FR: X <sup>3</sup>	
Peso:	Talla	
Origen del DX: EG AT NA		
Fecha: DD / MM / AAA		
Apto S/P		
Firma del profesional		
DECLARACIÓN FINAL DEL SOLICITANTE		
Como usuario del servicio y bajo la gravedad de juramento declaro: Que he leído, entendido y respondido a mi fiel saber y entender cada una de las preguntas establecidas en la declaración de salud. Que he sido examinado por los profesionales del CRC. 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. Que fui informado por cada profesional, sobre los resultados y sobre las recomendaciones, restricciones y limitaciones hechas con base en ellos. Que acepto que esta información sea incorporada a los archivos del Ministerio de Transporte y el RUNT. Que autorizo al CRC a entregar información confidencial a entidades competentes que lo soliciten con fines legales. Que no utilizaré la certificación de modo que desprestigie al CRC. Que no presentaré declaraciones relativas a la certificación diferentes del alcance para el que se otorgó la certificación. No hacer ninguna declaración relativa a la certificación que el CRC pueda considerar engañosa o que no sea autorizada. No utilizaré el certificado en forma engañosa. Que acepto que se genere una copia de seguridad de esta información para que sea custodiada por: Para dar cumplimiento a la Ley 1581 de 2012 y al Decreto Reglamentario 1377 de 2013 autorizo mantener mis datos en la base, para el propósito indicado en el alcance de la certificación y propósitos para el examen de aptitud física, mental y de coordinación motriz. Que acepto que se valide la información para la validación manual ante el sistema de control y vigilancia de acuerdo a la resolución 13829 de la superintendencia de puertos y transporte.		
Firma al recibir el certificado		
Firma		
Documento de Identidad No.		
19.385-878 Rota		
DECISIÓN FINAL DE LA CERTIFICACIÓN		
Fecha: DD / MM / AAA		
No cumple <input type="checkbox"/> Apto(a) <input type="checkbox"/> Restricciones <input type="checkbox"/>		



## SOLICITUD

FR-24

V.04 - 10 / 02 /2021

Página 1 de 1

CIUDAD	Bogotá		FECHA	Enero 11 / 2025	
NOMBRES Y APELLIDOS	ONACO AGUAYOS Reyes Beltran.				
Documento de Identidad	C.C. <input checked="" type="checkbox"/>	T.I. <input type="checkbox"/>	C.E. <input type="checkbox"/>	No. 19.381878 Bfa	
Fecha de Nacimiento:	Oct 13 / 59.		Fecha de Expedición de Cédula:	Marzo 3 1978	Edad: 65
Dirección:	Av 31 D # 277		Teléfono:	3108517691	
Escolaridad	Ninguna	Primaria	Secundaria	<input checked="" type="checkbox"/>	Universitaria
Postgrado					

NOMBRE Y FIRMA DE ACUDIENTE (Si aplica)

## MARQUE CON UNA "X" EL ALCANCE REQUERIDO

TIPO DE TRÁMITE			CATEGORÍAS							
Primera Vez	Refrendación <input checked="" type="checkbox"/>	Recategorización	A1	A2	B1	B2	C1	C2	B3	C3

## ACEPTACIÓN DE REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN

- He leído los Requisitos de Certificación (publicado en cartelera) y acepto los requisitos establecidos en cuanto al proceso de certificación, los requisitos de certificación, los derechos de los aspirantes y los deberes de las personas certificadas, incluyendo las políticas de uso del certificado.
- Entiendo que el procedimiento para obtener el Certificado de Aptitud Física, mental y de coordinación motriz está reglamentado en el esquema de certificación definido por el Ministerio de Transporte (Resolución 217/17 y anexos Resolución 12336/12), el cual establece los rangos de aprobación con los cuales se determinará mi aptitud física, mental y de coordinación motriz.
- Estoy completamente de acuerdo en que me realicen entrevistas, exploraciones y valoraciones que permitan determinar mi aptitud física, mental y de coordinación motriz.
- Declaro que la información a suministrar es cierta y completa, y que no desfigurare la verdad, ni ocultaré la existencia de enfermedades y que exono a la organización de las consecuencias que se generen como consecuencia de la información incompleta suministrada.
- Acepto que en el caso de requerir el aporte de **Sportes de evaluación y diagnóstico**, procederé a realizar las valoraciones solicitadas con instituciones clínica públicas, privadas o particulares, para cooperar ágilmente con el proceso de expedición del Certificado, antes de sesenta (60) días. El certificado de aptitud física, mental y de coordinación motriz, tienen vigencia de 180 días calendario, pasado dicho tiempo, desaparecerá del sistema HQ RUNT.
- Entiendo que el proceso de certificación genera la entrega de un certificado, siempre y cuando cumpla con los criterios de certificación y que este proceso no es parte de un tratamiento, ni recibiré medicamento alguno para tratamientos de patologías.
- Firmo este documento al respaldo, **LEGITIMANDO** mi capacidad legal para consentir.
- Autorizo a la organización, a que la información de mi evaluación (historia clínica) y mis datos personales, confidenciales y sensibles, sean mantenidos y procesados, examinados, verificados y custodiados por el Centro de Reconocimiento de Conductores a través del Comité de Historias Clínicas por el Sistema de Control y vigilancia y/o Sistema Integrado de Seguridad y organismos estatales interesados en el proceso de certificación y sus integrantes o participantes, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Protección de Datos (1581/12) y Resolución 1995/99 expedida por el Ministerio de Salud y complementarias.
- Por medio de mi firma me comprometo a: (a) No divulgar la información de las pruebas y el centro de reconocimiento de conductores; (b) No realizar prácticas fraudulentas con la información ó el certificado; y (c) Informar sobre algún cambio en mi estado de salud que influya sobre el alcance de la certificación otorgada.

¿TERCIOS NO AUTORIZADOS SEGÚN LA RESOLUCIÓN 1595 DE 1999 Y 2346 DE 2007, PUEDEN ACCEDER A LOS DATOS DE SU HISTORIA CLÍNICA Y ANEXOS EN PROCESOS DE AUDITORÍAS INTERNA (PROCESOS QUE HACEN PARTE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD), EXTERNA CON ONAC O DIFERENTES AFINES MÉDICOS?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## ACTA DE DECLARACIÓN JURAMENTADA

(En cada una de las preguntas a continuación, marque con una "X" "SI" o "NO")

- ¿Presenta o ha presentado alguna enfermedad importante? (Diabetes, Hipertensión u otra)
- ¿Alguna vez ha presentado vértigo o trastornos del equilibrio?
- ¿Le han ordenado no realizar alguna actividad física o intelectual?
- Toma algún medicamento para dormir?
- ¿Usa lentes para leer, conducir o para otra actividad?
- Para Leer  Visión Lejana  Conducir  Visión Cercana  Ver Tv
- ¿Presenta o ha presentado deficiencia auditiva?
- ¿Uso algún tipo de audífono para corrección de deficiencia auditiva?
- ¿Se encuentra bajo tratamiento médico para alguna enfermedad psiquiátrica (esquizofrenia, demencia, delirio, amnesia o alguna enfermedad de personalidad)?
- ¿Alguna vez ha presentado impulsos o reacciones de agresividad que no pueda controlar?
- ¿Se encuentra en tratamiento por enfermedades relacionadas con la conducta de las emociones?
- ¿El consumo de licor ha interferido con su vida familiar o laboral?
- ¿Consumo algún tipo de droga psicotrópica?

El presente anexo, hace parte integral de la historia clínica o informe de evaluación del Candidato firmante. Sus datos serán tratados de acuerdo a la Ley 1581 de 2012 de protección de datos personales, resolución 1995 de 1999 y demás aplicables, custodia y acceso a la Historia clínica.

Por medio de mi firma acepto los Requisitos de Certificación establecidos por  
**C.R.C MACONDOS SAS**

Bajo la gravedad de juramento declaro que he leído y entendido cada una de las preguntas y que he contestado de manera veraz.

Se requiere programación (discapacidad)	SI	NO	El solicitante cumple con los requisitos de candidato	obtiene la calidad	SI	NO
Se requiere que candidato cuente con traductor	SI	NO				
El CRC tiene la capacidad para prestar el servicio	SI	NO	Validado por:			

Acción a tomar

FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD

- 19.381878 Bfa

## PREREQUISITOS (Ver cartelera informativa)

- Saber leer y escribir
- Tener 16 años cumplidos (para servicio público debe tener mínimo 18 años cumplidos)
- Tener documento de identidad vigente y original
- Estar inscrito en el RUT (Registro Único Nacional de Tránsito)

**NOTA:** El examen debe ser cancelado previamente.

Se encuentra a su disposición el formato de Quejas y Apelaciones en la recepción, así mismo la descripción del proceso