

Nombre del Solicitante:

Fecha: 11/01/25

No. Proceso:

No. Cargue RUNT.

No. PIN Recaudo

1. EXAMEN CAPACIDAD AUDITIVA

EXPLORACIÓN			
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	Anormal <input type="checkbox"/>
	Lectura y escritura	Normal	Anormal <input type="checkbox"/>
	Otoscopia	Normal	Anormal <input type="checkbox"/>
Audiometría	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

Apto sin restricción

Lissos Machado  
Firma del profesional

2. EXAMEN CAPACIDAD MENTAL Y DE COORDINACIÓN

Fecha: 11/01/25

EXPLORACIÓN			
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	Anormal <input type="checkbox"/>
	Autocontrol	Normal	Anormal <input type="checkbox"/>
	Inteligencia y práctica	Normal	Anormal <input type="checkbox"/>
Coordinación psicomotora	Normal	<input checked="" type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

Apto sin restricción

Psic. Camilo Cárdenas Preciado  
C.C. 258840  
Unidad Católica de Colombia  
Firma del profesional

3. EXAMEN CAPACIDAD VISUAL

Fecha: 11/01/25

EXPLORACIÓN			
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	Anormal <input type="checkbox"/>
	Motilidad - Reflejos	Normal	Anormal <input type="checkbox"/>
Visiometría	Sin uso de corrección	<input type="checkbox"/>	Con RX <input type="checkbox"/>

RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

Apto sin restricción  
CONTROL ANUAL

Dra. Laura Sofía Ramírez Cubillos  
OPTÓMETRA  
C.C. 1.000.257.172  
UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
Firma del profesional

4. EXAMEN CAPACIDAD FÍSICA GENERAL

Fecha: 00 / MM / AAAA

EXPLORACIÓN			
Declaración juramentada	Negativa	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>
Anamnesis - antecedentes	Negativa	<input type="checkbox"/>	Positiva <input type="checkbox"/>
EXAMEN CLÍNICO	Estado general	Normal	Anormal <input type="checkbox"/>
	Reflejos	Normal	Anormal <input type="checkbox"/>
	Equilibrio	Normal	Anormal <input type="checkbox"/>
	TA: FC: X <sup>3</sup> FR: X <sup>3</sup>		
Peso:	Talla		
Origen del DX:	EG AT NA		

RESUMEN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

Apto S/P

Dr. Francisco J. Salazar  
Médico General  
R.M. 5944480  
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 le 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 Asta

DECISIÓN FINAL DE LA CERTIFICACIÓN

Fecha: 00 / MM / AAAA

No cumple ☐ Apto(a) ☐ Restricciones ☐



		<b>SOLICITUD</b>			
		FR-24	V.04 - 10 / 02 / 2021	Página 1 de 1	

CIUDAD: <u>Bogotá</u>	FECHA: <u>Enero 11 / 2025</u>
NOMBRES Y APELLIDOS: <u>ONANDE AGUIAR Reyes Beitrau</u>	
Documento de Identidad: C.C. <u>X</u> T.I. <u></u> C.E. <u>No. 19.385.878 B-ta</u>	
Fecha de Nacimiento: <u>oct 13 / 59</u>	Fecha de Expedición de Cédula: <u>marzo 3 1978</u> Edad: <u>65</u>
Dirección: <u>Kra 310 # 2-77</u>	Teléfono: <u>3108517691</u>
Escolaridad: Ninguna <u></u> Primaria <u></u> Secundaria <u>/</u> <u>X</u> Universitaria <u></u> Postgrado <u></u>	
NOMBRE Y FIRMA DE ACUDIENTE (Si aplica)	

**MARQUE CON UNA "X" EL ALCANCE REQUERIDO**

TIPO DE TRÁMITE			CATEGORÍAS								
Primera Vez	Refrendación <u>X</u>	Recategorización	A1	A2	B1	B2	C1	C2	B3	C3	

**ACEPTACIÓN DE REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN**

1. 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.

2. 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.

3. Estoy completamente de acuerdo en que me realicen entrevistas, exploraciones y valoraciones que permitan determinar mi aptitud física, mental y de coordinación motriz.

4. Declaro que la información a suministrar es cierta y completa, y que no desfiguraré la verdad, ni ocultaré la existencia de enfermedades y que exoneró a la organización de las consecuencias que se generen como consecuencia de la información incompleta suministrada.

5. Acepto que en el caso de requerir el aporte de **Soportes de evaluación y diagnóstico**, procederé a realizar las valoraciones solicitadas con instituciones clínicas 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 HQRUNT.

6. 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 recibirá medicamento alguno para tratamientos de patologías.

7. Firmo este documento al respaldo, **LEGITIMANDO** mi capacidad legal para consentir.

8. 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.

9. 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 o el certificado; y (c) informar sobre algún cambio en mi estado de salud que influya sobre el alcance de la certificación otorgada.

**¿TERCEROS 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

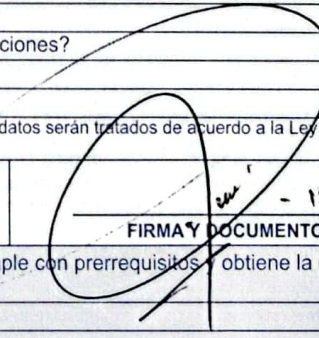
**ACTA DE DECLARACIÓN JURAMENTADA**  
(En cada una de las preguntas a continuación, marque con una "X" "SI" o "NO")

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

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 MACONDO SAS**

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


  
**FIRMA Y DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

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

Acción a tomar

**PRERREQUISITOS (Ver cartelera informativa)**

1. Saber leer y escribir
2. Tener 16 años cumplidos (para servicio público debe tener mínimo 18 años cumplidos)
3. Tener documento de identidad vigente y original
4. Estar inscrito en el RUNT (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