



Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 18525 | RUNT No: 34106545 | Fecha de Expedición: 14/11/2023 | Fecha de Vencimiento: 12/05/2024

ASTON MEDICAL OCP

Dirección: Calle 12 # 8-10 - SOACHA

NIT: 9012726511 | Teléfono: 3214627228

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 257540365301

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 20203040022475



Huella izquierda



Huella derecha



Información del Candidato

Nombre: OSCAR ORLANDO PULIDO RUBIANO

Fecha de nacimiento: 28/10/1978

Documento: CC 79967165

Ocupación: Marketing/Ventas

Teléfono: 0

Dirección: CALLE 60 AN 1 B 12

Ga/Rh: B+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa ASTON MEDICAL OCP propietaria del ASTON MEDICAL OCP

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 Res. 0217.2014 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	Re categorizar
---------	----	---------	----------------

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 Res. 0217.2014.

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: C2

Resultado de proceso de certificación: APROBADO

Atestación de certificación: APTO CON RESTRICCIÓN

Restricciones, limitaciones o adaptaciones: REQUIERE EXÁMENES DE CONTROL AUDITIVO ANUALES

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

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo 1 de la resolución 0217 del 2014, pero le aplica(n) la(s) restricción(es) 99 indicada(s) para control auditivo anual por pérdida auditiva bilateral de grado leve a moderado

Firma del evaluado

Certificador:
IVONNE ANDREA SALAZAR PEÑA

N° de registro médico:
52841635

Firma y Huella del Certificador

Firma:



Huella

"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 apegos a la verdad. Declaro que he recibido a conformidad el Certificado expedido por el Centro de Reconocimiento de Conductores y que no presentare declaraciones relativas a la certificación diferentes del alcance para el cual se otorgó la certificación."

Vigencia del Certificado: 180 Días Calendario