



Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 35824 | RUNT No: 50021636 | Fecha de Expedición: 27/11/2025 | Fecha de Vencimiento: 26/05/2026

RECONOCER IPS - NUESTRO BOGOTÁ

Dirección: AK 86 N° 55 A 75 LC 061 065 P3 - BOGOTÁ

NIT: 9015946504 | Teléfono: 3173705208

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 110013916901

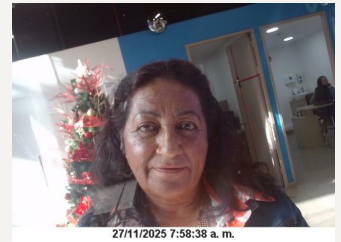
Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte:



Huella izquierda



Huella derecha



27/11/2025 7:58:38 a. m.

Información del Candidato

Nombre: LEYDER MILENA BUSTOS BUSTOS

Documento: CC 51691501

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa **GRUPO RECONOCER IPS SAS** propietaria del **RECONOCER IPS - NUESTRO BOGOTÁ**

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 (establecidos en el anexo 1 de la Resolución 217 de 2014 y Resolución 20223040030355 de 2022 del Ministerio de Transporte), bajo las siguientes características:

Alcance de Certificación

| Grupo de Categorías | Categoría | Servicio | Tipo de Trámite |
|---------------------|-----------|----------|-----------------|
|---------------------|-----------|----------|-----------------|

| | | | |
|---------|----|---------|--------------|
| Grupo 2 | C2 | 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 y 20223040030355 de 2022 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: C2**Resultado de proceso de certificación:** APROBADO**Atestación de certificación:** APTO CON RESTRICCIÓN**Restricciones, limitaciones o adaptaciones:** CONDUCIR CON LENTES

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

- Evaluación de Capacidad Visual, con resultado: APTO CON RESTRICCIÓN.
- 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: EL CANDIDATO CUMPLE CON CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL ANEXO 1 DE LA RESOLUCION 217 DE 2014 Y LA RESOLUCION 20223040030355 DEL 31 DE MAYO DEL 2022 DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE PARA LA CATEGORIA SOLICITADA, LE APLICASN LAS SIGUIENTES RESTRICCIONES, CONDUCIR CON LENTES

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 apego 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**Certificador:**

BRALLAN JULIAN CASTELLANOS ROZO

N° de tarjeta profesional:

249164

Firma del Certificador

Firma

Informe de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 35824 | RUNT No: 50021636 | Fecha de Expedición: 27/11/2025 | Fecha de Vencimiento: 26/05/2026 | Trámite: Refrendación | Categoría: C2

RECONOCER IPS - NUESTRO BOGOTÁ
Dirección: AK 86 N° 55 A 75 LC 061 065 P3 - BOGOTÁ
NIT: 9015946504 | **Teléfono:** 3173705208
Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 110013916901
Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte:

Huellas del aspirante

Izquierda

Derecha

27/11/2025 7:58:38 a. m.

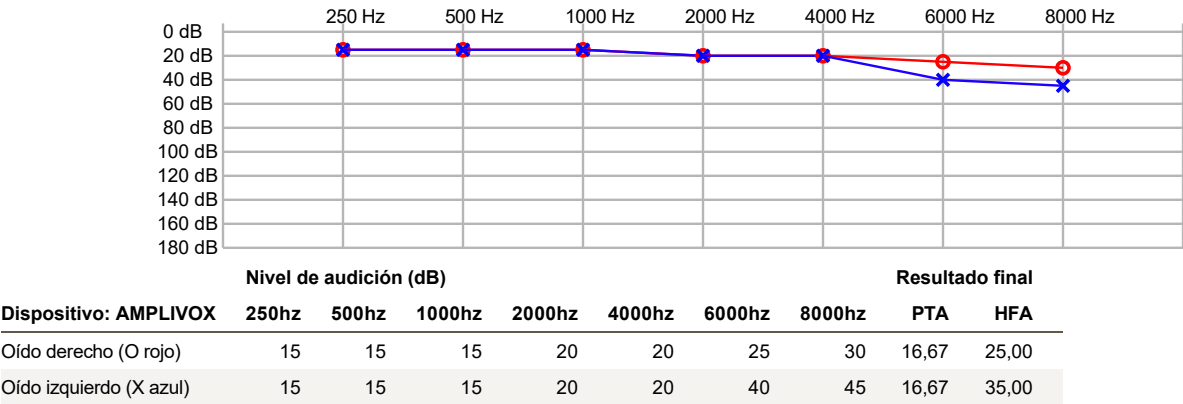
Información del Candidato

| | | |
|--|--|--|
| Nombre: LEYDER MILENA BUSTOS BUSTOS | Documento: CC 51691501 | Estado Civil: Soltero(a) |
| Sexo: F | Lugar de residencia: BOGOTÁ | Aseguradora: Compensar Entidad Promotora De Salud |
| Gs/Rh: O+ | Dirección: CALLE 10 B # 88 - 27 INT 4 APTO 404 LOC KENEDY | Tipo Vinculación: Cotizante |
| Edad: 63 años | Teléfono: 0 | |
| Fecha de nacimiento: 31/07/1962 | Ocupación: Conductor/Transporte | |

Información del Responsable

| | | |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------|
| Nombre: FABIAN VARGAS | Teléfono/Celular: 0 | Parentesco: HIJO |
|------------------------------|----------------------------|-------------------------|

Evaluación de Capacidad Auditiva



| 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 |

| Otoscoopia izquierda | Otoscoopia derecha | Uso de audifonos |
|----------------------|--------------------|------------------|
| Normal | Normal | NO |

Anamnesis

| Numeral | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|----------------------|---|-----------|-------------|
| 2.1 Agudeza auditiva | ¿Presentó la evaluación con audífono? | NO | |
| | ¿Orientación auditiva del aspirante es del lado derecho? | NO | |
| | ¿Ha presentado parálisis facial? | NO | |
| | ¿En su lugar de trabajo está expuesto al ruido? | SI | |
| | ¿Se ha realizado audiometrías anteriormente? | SI | 1 año aprox |
| | ¿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 | |

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

Concepto final: APTO

Restricciones:

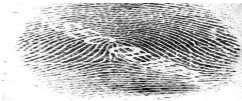
Observaciones: El candidato Cumple con los requisitos exigidos según la resolución 20223040030355/22 del Min Transporte.

Fonoaudiólogo:
ANDREA CAROLINA PATIÑO MARTINEZ

N° de tarjeta profesional:
1023920275

Firma y Huella del Fonoaudiólogo

SISEC OLIMPIA
Andrea Patiño



Firma

Huella

Fecha: 27/11/2025 8:05:40 a. m.

Evaluación de Capacidad Visual

Dispositivo: KEYSTONE VIEW 1161

No presentó evaluación con Corrección Óptica

| Numeral | Parámetro | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|--------------------------------|-------------------------------------|--|--|----------|
| 1.1 Agudeza Visual | Lejana Ojo Derecho | >= 20/30.0 | 20/20.0 | CUMPLE |
| | Lejana Ojo Izquierdo | >= 20/30.0 | 20/25.0 | CUMPLE |
| | Lejana Ambos Ojos | >= 20/30.0 | 20/20.0 | CUMPLE |
| | Cercano Ojo Derecho | >= 20/50.0 | 20/20.0 | CUMPLE |
| | Cercano Ojo Izquierdo | >= 20/50.0 | 20/25.0 | CUMPLE |
| | Cercano Ambos Ojos | >= 20/50.0 | 20/20.0 | CUMPLE |
| | Cirugías refractivas | No se admite Cirugía Refractiva | No presenta cirugía refractiva | CUMPLE |
| 1.2 Campo Visual | Campímetro IZ Plano Horizontal | >= 70 ° | 85 | CUMPLE |
| | Campímetro DE Plano Horizontal | >= 70 ° | 85 | 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 Afaquias y Pseudofaquias | 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 | 20/20.0 | CUMPLE |
| | Sensibilidad al Contraste | <= 50 % - Normal | 10 | CUMPLE |
| | Encandilamiento o Estrés Luminoso | Recuperación <= 5 s | 3 | CUMPLE |
| | Recuperación al Encandilamiento | <= 3 Lineas AV | 1 | CUMPLE |
| 1.5 Motilidad Palpebral | Ptois y Lagofthalmias | No se admiten Ptois ni lagofthalmias | No presenta Ptois ni Lagofthalmias | CUMPLE |
| 1.6 Motilidad del Globo Ocular | Phoria Horizontal Lejana | >= 1.5 y <= 6.5 | 4.5 | CUMPLE |
| | Phoria Vertical Lejana | >= 3.5 y <= 5.5 | 4.5 | CUMPLE |
| | Phoria Horizontal Cercana | >=1.5 y <= 6.5 | 4.5 | CUMPLE |
| | Phoria Vertical Cercana | >= 3.5 y <= 5.5 | 4.5 | CUMPLE |
| | Diplopías | No debe presentar diplopías | No presenta diplopías | 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 % | 32 Seg. de arco 85% | CUMPLE |

| Numeral | Parámetro | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|---|-------------------------------------|--|--------------------------------------|----------|
| 1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual | Visión de Profundidad Cercana | < 40 Seg de Arco 80 % | 32 Seg. de arco 85% | 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 | 6 | CUMPLE |

Anamnesis

| Numeral | 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 Pseudoafaquias que afecten su visión? | NO | |
| 1.4 Sentido Luminoso | ¿El aspirante presenta alteraciones de la visión mesópica? | NO | |
| 1.5 Motilidad Palpebral | ¿El aspirante presenta lagofthalmías 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 diplopía? | NO | |
| | ¿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 esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO CON RESTRICCIÓN

Restricciones: 01 - CONDUCIR CON LENTES

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014 para el grupo 2 solicitado. Requiere uso de lentes para conducir. Para otras valoraciones no se adjudican valores numéricos.

Firma y Huella del Optómetra

SISEC OLIMPIA
Andrés Galvis

Firma

Huella

Fecha: 27/11/2025 8:02:15 a. m.

Optómetra:
ANDREA GALVIS ESTUPIÑAN

N° de tarjeta profesional:
2016

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

Dispositivo: AGX

| Numeral | 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 | 1.14-CUMPLE | CUMPLE |
| | | Tiempo Medio de Reacción en el Acierto | <= 1.14 s | 1.14-CUMPLE | CUMPLE |
| | | Nº De Errores | <= 7 Errores | 7-CUMPLE | CUMPLE |
| 12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz | Coordinación Bimanual | Tiempo Medio de Reacción de Respuesta | <= 4.83 s | 2.84-CUMPLE | CUMPLE |
| | | Nº De Errores | <= 15 Errores | 8-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 | 0.32-CUMPLE | CUMPLE |
| 12.1 Estimación del Movimiento | Velocidad de Anticipación | Tiempo Medio de Desviación | <= 0.83 s | 0.18-CUMPLE | CUMPLE |
| 12.4 Inteligencia Práctica | Inteligencia Práctica | 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

| Numeral | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|--|------------------------|-----------|----------|
| | Percentil de rechazo | Percentil | |
| 10.1 Delirium, demencia, Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos psicótico | p>75 | 48 | CUMPLE |
| 10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica | p>85 | 65 | CUMPLE |
| 10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos | p>88 | 75 | CUMPLE |
| 10.4 Trastornos del estado de ánimo | p>75 | 40 | CUMPLE |
| 10.5 Trastornos disociativos | p>75 | 20 | CUMPLE |
| 10.6 Trastornos del Sueño | p>=75 | 40 | CUMPLE |
| 10.7 Trastornos del control de impulsos | p>=75 | 30 | CUMPLE |
| 10.8 Trastornos de personalidad | p>79 | 66 | 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 |
| 11.4 Consumo habitual de drogas y medicamentos | p>75 | 70 | CUMPLE |
| 11.5 Abuso de drogas y medicamentos | p>75 | 70 | CUMPLE |
| 11.6 Dependencia de drogas y medicamentos | p>75 | 70 | CUMPLE |
| 11.7 Trastornos inducidos por drogas o medicamentos | p>75 | 70 | CUMPLE |

| Numeral | Criterio de aprobación | | Resultado | |
|--|--|--|-----------|----------|
| | Percentil de rechazo | | Percentil | Concepto |
| 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. | NO. |
| 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 esta basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

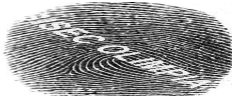

Concepto final: APTO

Restricciones:

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

| | |
|--------------------------|----------------------------|
| Psicólogo: | N° de tarjeta profesional: |
| JEIMMY POVEDA SOTOMONTES | 142598 |

Firma y Huella del Psicólogo



FirmaHuella

Fecha: 27/11/2025 8:39:09 a. m.

Evaluación Médica

| Presión arterial (mmHg) | Frecuencia cardíaca (lat/min) | Estatura (cm) | Frecuencia respiratoria (resp/min) | Peso (kg) |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|------------------------------------|-----------|
| 120/82 | 80 | 152 | 16 | 75 |

| 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 CARDÍACA | 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 | SI EXISTEN VALORES DESCOMPENSADOS | NO CUMPLE |
| | 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. Trastornos hematológicos | 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 |

| Numeral | Parámetro | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|--|---|--|---|-----------|
| 6. Sistema renal | 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 |
| | 5.2.3 Tratamiento anticoagulante | NO SE ADMITEN TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES | NO PRESENTA TRATAMIENTOS ANTICOAGULANTES | CUMPLE |
| | 6.1 Neuropatías | NO SE PERMITEN NEUROPATÍAS | NO PRESENTA NEUROPATÍAS | CUMPLE |
| | 6.2 Trasplante renal | NO SE ADMITE TRASPLANTE RENAL | NO PRESENTA ANTECEDENTES DE TRASPLANTE RENAL | CUMPLE |
| | 7.1 Disneas | 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 paratiroideas | NO DEBEN EXISTIR ENFERMEADES PARATIROIDEAS | NO EXISTE ENFERMEADES PARATIROIDEAS | CUMPLE |
| 9. Sistema nervioso y muscular | 8.5 Enfermadadas adrenales | NO SE PERMITE LA ENFERMEDAD ADRENAL | NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ENFERMEADES ADRENALES | CUMPLE |
| | 9.1 Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico | NO DEBEN EXISTIR ENFERMEADES DEL SISTEMA NERVIOSO | NO EXISTE ANTECEDENTES DE ENFERMEADES 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 ISQUIÉMICOS | CUMPLE |
| 13. Otras causas que no se especificaron | 13.1 Otras causas no especificadas | NO DEBE PADECER ALGUNA OTRA ENFERMEDAD | SI PADECE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD | NO CUMPLE |

Anamnesis

| Numeral | Parámetros | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|----------------------|--|---|-----------|-------------|
| 3. Sistema Locomotor | 3.1 Motilidad | ¿Existe alguna alteración congénita o adquirida, progresiva, que limite su movilidad? | NO | |
| | 3.2 Afecciones o anomalías Progresivas | ¿El aspirante presenta afecciones o anomalías progresivas? | NO | |
| | 3.3 Talla | ¿Es su talla, inconveniente para la conducción? | NO | |

| Numeral | Parámetros | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|--|---|--|-----------|-------------|
| 4. Sistema Cardiovascular | 4.1 Insuficiencia Cardíaca | ¿Ha sido diagnosticado con insuficiencia cardiaca o cardiopatía? | NO | |
| | 4.2 Trastornos del Ritmo | ¿Sufre de alteraciones del ritmo cardiaco? | NO | |
| | | ¿El aspirante presenta antecedentes de pérdida de atención, isquemia cerebral o síncope secundario al trastorno del ritmo durante los 2 últimos años? | NO | |
| | 4.3 Marcapasos y Desfibrilador automático implantable | ¿Tiene marcapasos 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? | SI | |
| | 4.7 Aneurismas de grandes vasos | ¿Le han diagnosticado aneurismas? | NO | |
| 5. Trastornos Hematológicos | 4.8 Artropatías periféricas | ¿Sufre de enfermedades vasculares periféricas? | NO | |
| | 5.1 Procesos Oncohematológicos | | NO | |
| | 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 indagados anteriormente? | NO | |
| | 5.2 Trastornos no Oncohematológicos | | NO | |
| | 5.2.1 Anemias, leucopenias, y trombopenias | ¿Sufre de enfermedades como anemias, trombocitopenia o leucopenia? | NO | |
| | 5.2.2 Trastornos de coagulación | ¿Tiene transtornos 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 Disneas | ¿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 mediastinales o de afecciones pleurales, como dolor torácico intenso, crisis de disnea paroxífrica? | 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 hipoglicemia? | NO | |
| | 8.3 Enfermedades tiroideas | ¿Sufre de hiper o hipo tiroidismo? | 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 | |
| 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 | |
| | | ¿El aspirante ha presentado sacudidas mioclónicas que puedan afectar la seguridad de la conducción? | NO | |

| Numeral | Parámetros | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|--|---------------------------------------|--|-----------|----------------|
| | 9.3 Alteraciones del equilibrio | ¿Sufre de alteraciones del equilibrio o vértigo? | NO | |
| | 9.4 Trastornos musculares | ¿Posee algún trastorno o patología muscular? | NO | |
| | 9.5 Accidente isquémico transitorio | ¿Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vascular transitorios? | NO | |
| | 9.6 Accidentes isquémicos recurrentes | ¿Ha sufrido de accidentes isquémicos cerebro-vascular recurrentes? | NO | |
| 13. Otras causas que no se especificaron | 13.1 Otras causas no especificadas | ¿Ha sufrido de enfermedades infecciosas? | NO | |
| | | ¿Sufre o ha sufrido de alergias? | NO | |
| | | ¿Está en tratamiento farmacológico actualmente? | SI | losartan 50 mg |
| | | ¿Consume 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

Restricciones:

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014. PACIENTE CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL DESDE HACE 8 AÑOS, CON ADECUADO CONTROL Y SEGUIMIENTO MEDICO CADA 6 MESES, AL EXAMEN FISICO SIN ALTERACIONES, CUMPLE CON CRITERIOS ESTIPULADOS EN RESOLUCION, SIN RESTRICCIONES PARA GRUPO 2.

Firma y Huella del Médico general

SISEC OLIMPIA
DOLB



Firma

Huella

Fecha: 27/11/2025 8:42:55 a. m.

Médico general:

DUBY DALIANA CORONADO GUEVARA

N° de registro médico:

1512374429

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 CON RESTRICCIÓN

Restricciones:

CONducir con lentes

Observaciones:

EL CANDIDATO CUMPLE CON LOS REQUISITOS EXIGIDOS EN EL ANEXO 1 DE LA RESOLUCION 217 DE 2014 Y LA RESOLUCION 20223040030355 DEL 31 DE MAYO DEL 2022 DEL MINISTERIO DE TRANSPORTE PARA LA CATEGORIA SOLICITADA, LE APLICASN LAS SIGUIENTES RESTRICCIONES, CONducir con lentes

Certificador:

BRALLAN JULIAN CASTELLANOS ROZO

N° de tarjeta profesional:

249164

Firma del evaluado

SISEC OLIMPIA
Firma del evaluado

Firma y Huella del Certificador

SISEC OLIMPIA
Firma del certificador



Firma

Huella