



Organismo Certificador de Conductores S.A.S

**CERTIFICADO**

**NO. 2020-000599**

**ORGANISMO CERTIFICADOR DE  
CONDUCTORES SAS**

Acreditación ONAC No. 13-CEP-078 del 04/04/2014



Nit: 9006519373

Dirección: Diagonal 23 # 69 - 55 - BOGOTÁ

Teléfono: 4289723

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS:

110012645602

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 3474 del  
13/11/2014



21/01/2020 04:12:57 p.m.

**K.P. TERMINAL DE TRANSPORTES 02**

**INFORME DE EVALUACIÓN FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ**

**Examen No 23750 RUNT No: 25115538**

Fecha de Expedición: 21/01/2020 Fecha Vencimiento: 19/07/2020

**Nombre del Candidato:** MARCO ANTONIO LEGUÍZAMON GIL

**Fecha de nacimiento:**

**Ocupación:** Otros

18/06/1952

**Dirección:** CRA 72 # 22D-54

**Documento:** CC19166916

**Teléfono:** 4795074

**Gs/Rh:** B+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa **ORGANISMO CERTIFICADOR DE CONDUCTORES SAS** propietaria del **CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES K.P. TERMINAL DE TRANSPORTES 02**

**CERTIFICA ANTE LAS AUTORIDADES 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 CERTIFICACION**

Grupo de Categorías	Categoría	Servicio	Tipo de Trámite
Grupo 2	C1	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 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:**

**Resultado de proceso de certificación:**

**Attestación de certificación:**

**Restricciones, limitaciones u adaptaciones:**

C1

APROBADO

APTO CON RESTRICCIÓN

CONDUCIR CON LENTES,

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**

CONTROL AUDITIVO ANUAL POR LA EPS.,VEL MAX 60KM/H.,ASINTOMATICO ESTABLE.HIPERTENSO CONTROLADO.,CONTINUA R CON CONTROL ESTRICITO MENSUAL POR MEDICO DE LA EPS

**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.

Firma y Huella del Certificador  
Diagonal 23 # 69 - 55 Módulo 1 Local 233 Piso 2 Tel.: 428 9723 / 316 292 2371/ Bogotá - Colombia  
organismocertificadorc@gmail.com

**Certificador**  
ROSEMARY VARGAS  
QUINTERO  
No. Registro  
143795