

# PASE SU PRUEBA MEDICA EN CONDUCCION SAS

Acreditación ONAC No. 14-CEP-053 del 27/11/2018



**CERTIFICADO**  
**NO. 2019-006065**

## PASE SU PRUEBA MEDICA EN CONDUCCION SAS

Nit: 9007112872  
Dirección: CL 19 SUR No 17 -12 - BOGOTÁ  
Teléfono: 7518266  
Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS:  
1100126631  
Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0003066



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

Examen No 37200 RUNT No: 24600503

Fecha de Expedición: 10/09/2019 Fecha Vencimiento: 08/03/2020

**Nombre del Candidato:** SAID DE JESUS PEREZ SUAREZ

**Fecha de nacimiento:**

**Documento:** CC79545780

**Ocupación:** Otros

29/01/1971

**Teléfono:** 0

**Dirección:** DIG 52 N 26 05 SUR

**Gs/Rh:** B+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa **PASE SU PRUEBA MEDICA EN CONDUCCION SAS** propietaria del **CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES PASE SU PRUEBA MEDICA EN CONDUCCION SAS**

## 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	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 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

**Restricciones, limitaciones u adaptaciones:**

NINGUNO

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

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz, con Resultado

APTO

Evaluación de Capacidad Física General, con Resultado

APTO

Huellas



Izquierda

Derecha

### Observaciones

Apto sin restricción según la res.0217 de 2014 del min.transporte.

**Firma del Evaluado**

[Signature area for the evaluated person]

**Certificador**

JOSE DARIO AGUIRRE CARO

**No. Registro**

127177

[Signature of Jose Dario Aguirre Caro]

Firma



Huella

**Firma y Huella del Certificador**

"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 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**