

CERTIFICADO
NO. 2019-007978
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CERTIPASE SAS

Acreditación ONAC No. 13-CEP-019 del 19/11/2013


ISO/IEC 17024:2012
(NTC ISO IEC 17024:2013)
13-CEP-019

Nit: 9006000253

Dirección: CLL 161 N° 18 A - 28 - BOGOTÁ

Teléfono: 7030385

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS:

110012777001

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0000986 -
17/04/2015


17/09/2019 09:42:28 a.m.

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CERTIPASE SAS
INFORME DE EVALUACIÓN FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ
Examen No 12646 RUNT No: 24624129
Fecha de Expedición: 17/09/2019 Fecha Vencimiento: 15/03/2020
Nombre del Candidato: JOHN JAIR CRUZ TRUJILLO
Fecha de nacimiento:
Documento: CC80136823
Ocupación: Otros
28/01/1983
Teléfono: 3913221
Dirección: CALLE 181 BIS # 2A 72
Gs/Rh: O+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa **CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CERTIPASE SAS** propietaria del **CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CERTIPASE 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
APROBADO
Resultado de proceso de certificación:
APTO CON RESTRICCIÓN
CONDUCIR CON LENTES.
Atestación de certificación:
Restricciones, limitaciones u adaptaciones:

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


Izquierda

Derecha

Firma del Evaluado

80136 823

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.

Certificador
HELENA CATALINA FLOREZ
RODRIGUEZ
No. Registro
1022388372

TP: 164921

Psicóloga
Firma
Firma y Huella del Certificador

Huella

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CERTIPASE SAS

Nit: 9006000253

Dirección: CLL 161 N° 18 A - 28 - BOGOTÁ

Teléfono: 7030385

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS:

110012777001

Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 0000986 -

17/04/2015

INFORME DE EVALUACIÓN FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

Examen No 12646 RUNT No:24624129

Fecha de Expedición: 17/09/2019 Fecha Vencimiento: 15/03/2020

Evaluación de Capacidad Visual

Dispositivo Agx	Parámetro	Criterios de aprobación	Resultados	Valoración
Agudeza Visual	Lejano Ojo Derecho	$\geq 20/30.0$	30	APROBADO
	Lejano Ojo Izquierdo	$\geq 20/30.0$	30	APROBADO
	Lejano Ambos Ojos	$\geq 20/30.0$	25	APROBADO
	Cercano Ojo Derecho	$\geq 20/30.0$	20	APROBADO
	Cercano Ojo Izquierdo	$\geq 20/30.0$	20	APROBADO
	Cercano Ambos Ojos	$\geq 20/30.0$	20	APROBADO
Visión Nocturna	Binocular	$\geq 20/30.0$	25	APROBADO
	Campimetro Izquierda	≥ 70	120	APROBADO
	Campimetro Derecha	≥ 70	120	APROBADO
	Perimetria Izquierda	≥ 70	70	APROBADO
Visión en Profundidad	Perimetria Derecha	≥ 70	70	APROBADO
	Lejana	< 40 s de arco 80 %	85%	APROBADO
	Cercana	< 40 s de arco 80 %	85%	APROBADO
Sentido Luminoso	Visión Mesopica	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Binocular	≥ 4	6	APROBADO
Sensibilidad al Contraste	Binocular	≤ 50 %	10%	APROBADO
Encandilamiento	Binocular	≤ 5 s	4	APROBADO
Recuperación Encandilamiento	Binocular	≤ 3 Líneas AV	3	APROBADO
	Phorias	Horizontal Lejana	1.5 y ≤ 6.5	3.5
Otras Valoraciones	Vertical Lejana	≥ 3.5 y ≤ 5.5	3.5	APROBADO
	Horizontal Cercana	≥ 2.5 y ≤ 7.5	4.0	APROBADO
	Vertical Cercana	≥ 3.5 y ≤ 5.5	4.0	APROBADO
	Afaquias y Pseudoafaquias	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
Otras Valoraciones	Motilidad Palpebral	NORMAL	NORMAL	APROBADO
	Anatomía y Motilidad Ocular	NORMAL	NORMAL	APROBADO
	Deterioro Progresivo	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Cirugías Refractivas	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Nistragmus	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Estrabismos	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Diplopias	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO
	Otros Defectos	NO DEBE REFERIR	NO REFIERE	APROBADO

Observaciones

El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014, pero le aplica(n) la(s) restricción(es) indicada(s). *Para otras valoraciones no se dan parámetros de aprobación numéricos.

Andrea Galvis Estupiñan
Optometra Clínica Salud y Salud
TP. 2016 CTNPO

Optómetra
ANDREA GALVIS ESTUPIÑAN

No. Registro
52277052

Firma y Huella del Optómetra

Evaluación Médica

Presión Arterial: 100/60 mmhg

Frecuencia Respiratoria: 18 Resp/min

Frecuencia Cardiaca 66 lat/min

Estatura 171 cm

Parámetro

Sistema Locomotor

Movilidad

Resultados

NO REFIERE

Sistema Cardiovascular

Afecciones y anomalías progresivas

NO REFIERE

Talla

Insuficiencia cardíaca

NO REFIERE

Trastornos del ritmo

NO REFIERE

Marcapasos y desfibrilador automático implantable

NO REFIERE

Prótesis valvulares cardíacas

NO REFIERE

Cardiopatía isquémica

NO REFIERE

Hipertensión arterial

NO REFIERE

Aneurismas de grandes vasos

NO REFIERE

Arteriopatías periféricas

NO REFIERE

Trastornos Hematológicos

Procesos onco-hematológico

NO REFIERE

Procesos sometidos a tratamiento quimioterapéutico

NO REFIERE

Policitemia Vera

NO REFIERE

Otros trastornos onco-hematológicos

NO REFIERE

Trastornos no onco-hematológicos

NO REFIERE

Anemias, leucopenias y trombopenias

NO REFIERE

Trastornos de coagulación.

NO REFIERE

Tratamiento anticoagulante.

NO REFIERE

Sistema Renal

Neuropatías.

NO REFIERE

Sistema Respiratorio

Trasplante renal.

NO REFIERE

Disnea.

NO REFIERE

Trastornos del sueño.

NO REFIERE

Otras afecciones.

NO REFIERE

Enfermedades Metabólicas y Endocrinas

Diabetes mellitus

NO REFIERE

Cuadros de hipoglucemia

NO REFIERE

Enfermedades tiroideas

NO REFIERE

Enfermedades paratiroideas

NO REFIERE

Enfermedades adrenales

NO REFIERE

Sistema Nervioso y Muscular

Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico.

NO REFIERE

Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías

NO REFIERE

Alteraciones del equilibrio

NO REFIERE

Trastornos musculares

NO REFIERE

Accidente isquémico transitorio

NO REFIERE

Accidentes isquémicos recurrentes

NO REFIERE

Otras causas que no se especificaron

Otras causas no especificadas

NO REFIERE

Observaciones

EXAMEN FISICO Y NEUROLOGICO DENTRO DE PARAMETROS

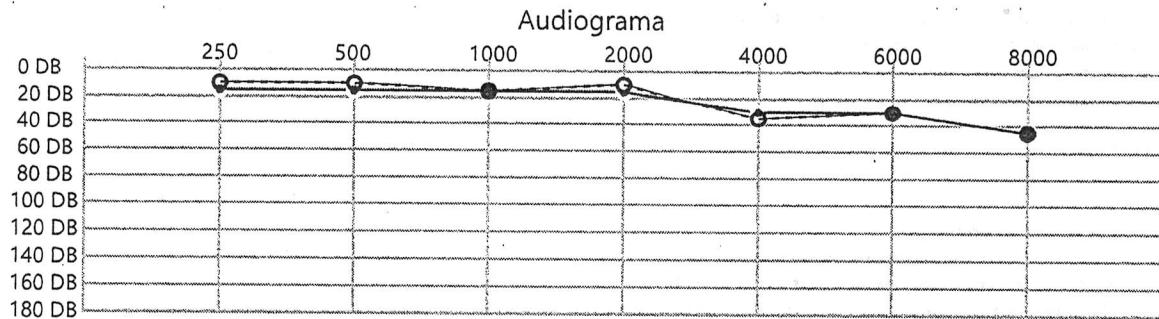
NORMALES AL MOMENTO DEL EXAMEN BAJO LOS CRITERIOS DE
LA RESOLUCION 217 DEL 2014 MIN TRANSPORTE

Aurora Gómez Pedraza
C.C. 39.742.770
Médico Cirujano General

Médico
BLANCA AURORA GOMEZ
PEDRAZA

No. Registro
39742770

Firma y Huella del Médico general



Dispositivo Amplivox	250Hz	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	5000Hz	8000Hz	PTA	HFA
Oido Derecho(db) ---	15	15	15	15	30	30	45	15.00	35.00
Oido Izquierdo(db)---	10	10	15	10	35	30	45	11.67	36.67

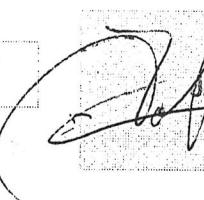
< 20 db Normal | > 25 db y < 40 db - Hipoacusia Leve | > 45 db y < 60 db - Hipoacusia Moderada | > 65 db y < 80 db - Hipoacusia Severa

Observaciones

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

Fonoaudiólogo
JAIR STEVEN TRUJILLO RIOS

No. Registro
1033755732


JAIR STEVEN TRUJILLO
FONOaudiólogo - TP. 01894
U. MANUELA BELTRAN



Firma y Huella del Fonoaudiólogo

Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz

Dispositivo Médico AGX	Parámetro	Criterios de aprobación	Resultados	Valoración
Atención Concentrada y Resistencia a la Monotonía	Tiempo Medio de Reacción de Respuesta	<= 0.69 s	0,37	APROBADO
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 0.69 s	0,37	APROBADO
	Número de Errores	<= 5 Errores	1	APROBADO
Reacciones Múltiples	Tiempo Medio de Reacción de respuesta	<= 1.14 s	0,4	APROBADO
	Tiempo Medio de Reacción en el Acierto	<= 1.14 s	0,6	APROBADO
	Número de Errores	<= 7 Errores	0	APROBADO
Coordinación Bimanual	Tiempo Total de Error	<= 4.83 s	0,29	APROBADO
	Número de Errores	<= 15 Errores	1	APROBADO
Reacción al Frenado	Tiempo Medio de Reacción al Frenado	<= 0.69 s	0,44	APROBADO
Velocidad de Anticipación	Tiempo Medio de Desviación (Vel 1)	<= 0.83 s	0,39	APROBADO
Inteligencia Práctica	Inteligencia Práctica	PRESENTÓ	SI, APTO	APROBADO

Observaciones

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

Personalidad y Sustancias

	Puntuación directa	Máxima puntuación
10.1 Delirium, demencia, Trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos psicótico	3	16
10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica	1	4
10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	4	6
10.4 Trastornos del estado de ánimo	5	7
10.5 Trastornos disociativos	5	7
10.6 Trastornos del Sueño	3	7
10.7 Trastornos del control de impulsos	2	7
10.8 Trastornos de personalidad	7	14
10.9 Trastornos del desarrollo intelectual	11	12
10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador	0	9
11.1 11.2 11.3 Abuso, dependencia y trastornos inducidos por el alcohol	1	5
11.4 11.5 11.6 11.7 Consumo habitual, abuso, dependencia y trastornos inducidos de sustancias psicoactivas	2	5

Inteligencia

	Puntuación directa	Máxima puntuación
Inteligencia	11	12
Inteligencia Práctica	5	6
Inteligencia Analítica	6	7
Coeficiente intelectual	112	

10.11. Otros trastornos mentales no incluidos en apartados anteriores

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, éste 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

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

Psicólogo

SINDY VIVIANA SASTOQUE
ROSAS

No. Registro

165078

Ps. Sindy Viviana Sastoque Rosas
Esp. Psicólogo Asociado
SINDY VIVIANA SASTOQUE
No. 165078

Firma y Huella del Psicólogo



Firma
Firma y Huella del Certificador

Huella

Observaciones

CERTIFICADOR

HELENA CATALINA FLOREZ
RODRIGUEZ

No. Registro

1022388372

Helena Catalina Florez
TP: 164921
Psicóloga
Helena Catalina Florez

Firma
Firma y Huella del Certificador

