

Certificado de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 39668 | RUNT No: 28293870 | Fecha de Expedición: 22/01/2022 | Fecha de Vencimiento: 21/07/2022

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CERTIPASE SAS

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

NIT: 9006000253 | Teléfono: 7030385

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 110012777001

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



Huella izquierda



Huella derecha



Información del Candidato

Nombre: ALFONSO VANEGAS RUBIANO

Fecha de nacimiento: 30/07/1955

Documento: CC 19323106

Ocupación: Otros

Teléfono: 0

Dirección: CLL 165 A # 8F-97

Gs/Rh: A+

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 CERTIPASE SAS

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 | C3 | 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: C3

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:

Certificador:

HELENA CATALINA FLOREZ RODRIGUEZ 194921

N° de tarjeta profesional:

Firma y Huella del Certificador

Firma



Huella

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 apegos 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

Informe de Aptitud Física, Mental Y de Coordinación Motriz

Examen No: 39668 | RUNT No: 28293870 | Fecha de Expedición: 22/01/2022 | Fecha de Vencimiento: 21/07/2022 | Trámite: Refrendación | Categoría: C3

CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CERTIPASE SAS

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

NIT: 9006000253 | Teléfono: 7030385

Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud: 110012777001

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

Huellas del aspirante



Izquierda



Derecha



22/01/2022 10:49:36 a.m.

Información del candidato

Nombre: ALFONSO VANEGAS RUBIANO

Sexo: M

Gs/Rh: A+

Edad: 66 años

Fecha de nacimiento: 30/07/1955

Documento: CC 19323106

Lugar de residencia: BOGOTÁ

Dirección: CLL 165 A # 8F-97

Teléfono: 0

Ocupación: Otros

Estado Civil: Soltero(a)

Aseguradora: Otra

Tipo Vinculación: Cotizante

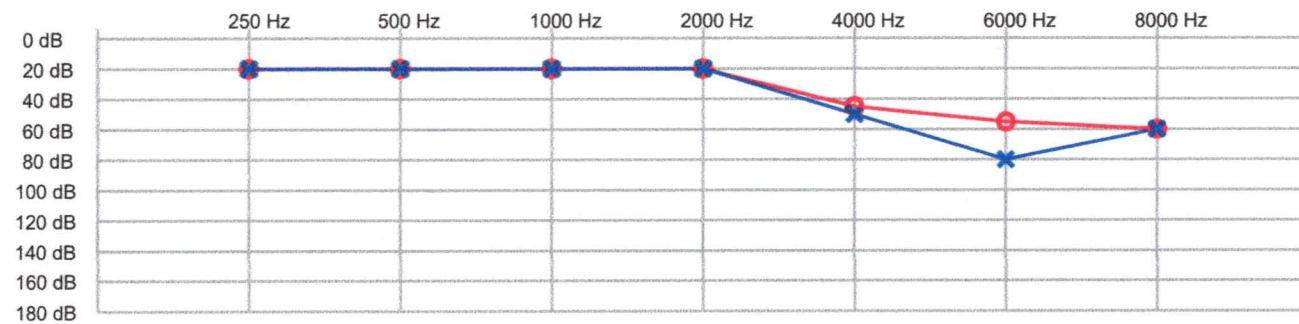
Información del responsable

Nombre: DF

Teléfono: 586

Parentesco: ESPOSO

Evaluación de Capacidad Auditiva



| Dispositivo: Amplivox | Nivel de audición (dB) | | | | | | | Resultado final | |
|-------------------------|------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------|-------|
| | 250hz | 500hz | 1000hz | 2000hz | 4000hz | 6000hz | 8000hz | PTA | HFA |
| Oído derecho (O rojo) | 20 | 20 | 20 | 20 | 45 | 55 | 60 | 20.00 | 53.33 |
| Oído izquierdo (X azul) | 20 | 20 | 20 | 20 | 50 | 80 | 60 | 20.00 | 63.33 |

Criterios de aprobación

| | Escucha normal | Hipoacusia leve | Hipoacusia moderada | Hipoacusia severa |
|-------------------|----------------|-----------------|---------------------|-------------------|
| Nivel de audición | >=0dB a <=20dB | >=25dB a <=40dB | >=45dB a <=60dB | >=65dB a <=80dB |

Otoscopia izquierda

Normal

Otoscopia derecha

Normal

Uso de audífonos

NO

Anamnesis

| Numeral | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|----------------------|--|-----------|-------------|
| 2.1 Agudeza auditiva | ¿Presentó la evaluación con audífono? | NO | |
| | ¿Orientación auditiva del aspirante es del lado derecho? | SI | |
| | ¿Ha presentado parálisis facial? | NO | |
| | ¿En su lugar de trabajo está expuesto al ruido? | NO | |
| | ¿Se ha realizado audiometrías anteriormente? | SI | 3 años |

| Numeral | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|---------|---|-----------|-------------|
| | ¿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 | |
| | ¿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: No tiene

Observaciones: El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014. Descenso Auditivo en frecuencias agudas O. I, de moderado a severo O.D. moderado.

Firma y Huella del Fonoaudiólogo

Gladys Liliana Orduz Poveda

Firma

Huella

Fonoaudiólogo:

GLADYS LILIANA ORDUZ POVEDA

N° de tarjeta profesional:

51745669

Evaluación de Capacidad Visual

Dispositivo: Carga manual

Presentó evaluación con Corrección Óptica

| Numeral | Parámetro | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|--------------------------------|-------------------------------------|--|--|----------|
| 1.1 Agudeza Visual | Lejana Ojo Derecho | $\geq 20/30.0$ | 20/25.0 | CUMPLE |
| | Lejana Ojo Izquierdo | $\geq 20/30.0$ | 20/30.0 | CUMPLE |
| | Lejana Ambos Ojos | $\geq 20/30.0$ | 20/20.0 | CUMPLE |
| | Cercano Ojo Derecho | $\geq 20/30.0$ | 20/20.0 | CUMPLE |
| | Cercano Ojo Izquierdo | $\geq 20/30.0$ | 20/20.0 | CUMPLE |
| | Cercano Ambos Ojos | $\geq 20/30.0$ | 20/20.0 | CUMPLE |
| | Cirugías refractivas | No se admite Cirugía Refractiva | No presenta cirugía refractiva | CUMPLE |
| 1.2 Campo Visual | Campímetro IZ Plano Horizontal | $\geq 70^\circ$ | 85° | CUMPLE |
| | Campímetro DE Plano Horizontal | $\geq 70^\circ$ | 85° | CUMPLE |
| | Perímetro IZ Plano Vertical | $\geq 70^\circ$ | 70° | CUMPLE |
| | Perímetro DE Plano Vertical | $\geq 70^\circ$ | 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 | $\geq 20/30.0$ | 20/25.0 | CUMPLE |
| | Sensibilidad al Contraste | $\leq 50\%$ | 10% | CUMPLE |
| | Encandilamiento o Estrés Luminoso | $\leq 5\text{ s}$ | 3 s | CUMPLE |
| | Recuperación al Encandilamiento | ≤ 3 Lineas AV | 3 | CUMPLE |
| 1.5 Motilidad Palpebral | Ptois y Lagofthalmias | No se admiten Ptois ni lagofthalmias | No presenta Ptois ni algoftalmias | CUMPLE |
| 1.6 Motilidad del Globo Ocular | Phoria Horizontal Lejana | ≥ 1.5 y ≤ 6.5 | 3.5 | CUMPLE |
| | Phoria Vertical Lejana | ≥ 3.5 y ≤ 5.5 | 3.5 | CUMPLE |
| | Phoria Horizontal Cercana | ≥ 2.5 y ≤ 7.5 | 4.0 | CUMPLE |

| Numeral | Parámetro | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|---|-------------------------------------|--|--------------------------------------|----------|
| | Phoria Vertical Cercana | ≥ 3.5 y ≤ 5.5 | 4.0 | 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 s de arco 80 % | 85% | NO |
| | Visión de Profundidad Cercana | < 40 s de arco 80 % | 85% | NO |
| | Otros Defectos | No deben existir otros defectos | No existen otros defectos | CUMPLE |
| 1.7 Deterioro Progresivo de la Capacidad Visual | 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? | SI | |
| | ¿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

Firma y Huella del Optómetra

Restricciones: 01-CONducir con lentes

Observaciones: Apto con restricción. Requiere uso de lentes para conducir. El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014. **Para otras valoraciones no se dan parámetros de aprobación numéricos.

SISTEMA DE CALIFICACIÓN

Firma

Huella

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 | 0,57 | CUMPLE |
| | | Tiempo Medio de Reacción en el Acierto | ≤ 0.69 s | 0,58 | CUMPLE |
| | | Nº De Errores | ≤ 5 Errores | 2 | CUMPLE |
| 12.3 Tiempo de Reacciones Múltiples Incluyendo Coordinación entre acelerado y Frenado | Reacciones Múltiples | Tiempo Medio de Reacción de Respuesta | ≤ 1.14 s | 0,6 | CUMPLE |
| | | Tiempo Medio de Reacción en el Acierto | ≤ 1.14 s | 0,9 | CUMPLE |
| | | Nº De Errores | ≤ 7 Errores | 0 | CUMPLE |
| 12.2 Coordinación Visomotora y Coordinación Integral Motriz | Coordinación Bimanual | Tiempo Medio de Reacción de Respuesta | ≤ 4.83 s | 1,53 | CUMPLE |
| | | Nº De Errores | ≤ 15 Errores | 5 | 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 | 0,57 | CUMPLE |
| 12.1 Estimación del Movimiento | Velocidad de Anticipación | Tiempo Medio de Desviación | ≤ 0.83 s | 0,26 | 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 | 29 | CUMPLE |
| 10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica | p>85 | 65 | CUMPLE |
| 10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos | p>88 | 73 | CUMPLE |
| 10.4 Trastornos del estado de ánimo | p>75 | 40 | CUMPLE |
| 10.5 Trastornos disociativos | p>75 | 30 | CUMPLE |
| 10.6 Trastornos del Sueño | p>=75 | 40 | CUMPLE |
| 10.7 Trastornos del control de impulsos | p>=75 | 20 | CUMPLE |
| 10.8 Trastornos de personalidad | p>79 | 56 | CUMPLE |
| 10.10 Trastornos de déficit de atención y comportamiento perturbador | p>75 | 14 | CUMPLE |
| 11.1 Abuso de alcohol | p>75 | 50 | CUMPLE |
| 11.2 Dependencia del alcohol | p>75 | 50 | CUMPLE |
| 11.3 Trastornos inducidos por el alcohol | p>75 | 50 | 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 |

| Numeral | Criterio de aprobación | | Resultado | |
|---|--|--|-----------|----------|
| | Percentil de rechazo | | Percentil | Concepto |
| 11.7 Trastornos inducidos por drogas o medicamentos | p>75 | | 70 | CUMPLE |
| 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. | | 83 | 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: No tiene

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

Firma y Huella del Psicólogo


Firma


Huella

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

Evaluación Médica

| Presión arterial (mmHg) | Frecuencia cardíaca (lat/min) | Estatura (cm) | Frecuencia respiratoria (resp/min) | Peso (kg) |
|-------------------------|-------------------------------|---------------|------------------------------------|-----------|
| 127/80 | 68 | 164 | 16 | 67 |

| 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 | NO EXISTEN VALORES DESCOMPENSADOS | 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 |

| Numeral | Parámetro | Criterio de aprobación | Resultado | Concepto |
|--|---|---|---|----------|
| 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 |
| | 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 |
| 6. Sistema renal | 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. Sistema respiratorio | 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 |
| | 7.3 Otras afecciones | NO DEBEN EXISTIR TRASTORNOS PULMONARES | NO EXISTEN TRASTORNOS PULMONARES | CUMPLE |
| 8. Enfermedades metabólicas y endocrinas | 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 paratiroides | NO DEBEN EXISTIR ENFERMEDADES PARATIROIDES | NO EXISTE ENFERMEDADES PARATIROIDES | CUMPLE |
| | 8.5 Enfermedades adrenales | NO SE PERMITE LA ENFERMEDAD ADRENAL | NO PRESENTA ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES ADRENAL | CUMPLE |
| 9. Sistema nervioso y muscular | 9.1 Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico | NO DEBEN EXISTIR ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO | NO EXISTE ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES 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 ISQUÉMICOS | CUMPLE |
| 13. Otras causas que no se especificaron | 13.1 Otras causas no especificadas | NO DEBE PADECER ALGUNA OTRA ENFERMEDAD | NO PADECE ALGUNO OTRA ENFERMEDAD | 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 | |

| Numeral | Parámetros | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|--|--|--|-----------|-------------|
| 4. Sistema Cardiovascular | 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 | |
| | 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? | NO | |
| 5. Trastornos Hematológicos | 4.7 Aneurismas de grandes vasos | ¿Le han diagnosticado aneurismas? | NO | |
| | 4.8 Artropatías periféricas | ¿Sufre de enfermedades vasculares periféricas? | NO | |
| | 5.1 Procesos Oncohematológicos | | NO | |
| | | | 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 | |
| 6. Sistema Renal | 5.2.3 Tratamiento anticoagulante | ¿El aspirante ha producido descompensaciones en el último año que hubieran requerido de transfusión de plasma? | NO | |
| | 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 | |
| 7. Sistema Respiratorio | | ¿Sufre de insuficiencia renal? | NO | |
| | 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 | |
| 8. Enfermedades Metabólicas Y Endocrinas | 7.3 Otras afecciones | ¿Ha sufrido de traumas mediastinales o de afecciones pleurales, como dolor torácico intenso, crisis de disnea paroxítica? | NO | |
| | 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 | |

| Numeral | Parámetros | Pregunta | Respuesta | Complemento |
|--|---|--|-----------|-------------|
| 9. Sistema Nervioso Y Muscular | 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 glándulas suprarrenales? | NO | |
| | 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 | |
| | 9.3 Alteraciones del equilibrio | ¿Sufre de alteraciones del equilibrio o vértigo? | NO | |
| 13. Otras causas que no se especificaron | 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 | |
| | 13.1 Otras causas no especificadas | ¿Ha sufrido de enfermedades infecciosas? | NO | |
| | | ¿Sufre o ha sufrido de alergias? | NO | |
| | | ¿Está en tratamiento farmacológico actualmente? | NO | |
| | | ¿Consuma 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 está basado en los resultados obtenidos en el momento en que se aplica esta evaluación.

Concepto final: APTO

Restricciones: No tiene

Observaciones: Pte masculino de 65 años. al momento del examen médico sin alteraciones neurológicas ni motoras. No refiere síntomas respiratorios, no digestivos, no neurológicos en los últimos 7 días; además de no referir contacto con pte covid positivos en los en el mismo periodo de tiempo. El candidato cumple con los requisitos exigidos en el anexo I de la resolución 217 del 2014.

Firma y Huella del Médico general


Firma


Huella

Médico general:
MARIA PAULA ROA MONTENEGRO

N° de tarjeta profesional:
1020730475

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:

01-CONducir con lentes

Observaciones:**Certificador:**

HELENA CATALINA FLOREZ RODRIGUEZ

N° de tarjeta profesional:

194921

Firma del evaluado

Firma y Huella del Certificador

Firma



Huella