

**CERTIFICADO**  
NO. 2019-000723

**CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CONDUMEDICOS No 2**

Nit: 9006448281  
Dirección: Calle 29 N 39 - 20 - MARINILLA  
Teléfono: 3668487  
Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS:  
Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte:



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

Examen No 729 RUNT No: 24942211

Fecha de Expedición: 10/12/2019 Fecha Vencimiento: 07/06/2020

**Nombre del Candidato:** OSCAR DARIO GARCIA SILVA  
**Ocupación:** Otros  
**Dirección:** CRA 68 # 40 A 21

**Fecha de nacimiento:**  
10/11/1982

**Documento:** CC15445307  
**Teléfono:** 0  
**Gs/Rh:** O+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa CONDUMEDICOS SAS propietaria del CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES CONDUMEDICOS No 2

**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 Tránsito
Grupo 2	C2	PUBLICO	Restricción

2. Que basados 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 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:**  APROBADO  
**Resultado de proceso de certificación:** APTO CON RESTRICCIÓN  
**Atestación de certificación:** CONducir con lentes.  
**Restricciones, limitaciones u adaptaciones:**

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

- Evaluación de Capacidad Visual, con Resultado
- Evaluación de Capacidad Auditiva, con Resultado
- Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz, con Resultado
- Evaluación de Capacidad Física General, con Resultado

**Observaciones**

Apto con restricción, debe conducir con lentes.

**APT0 CON RESTRICCIÓN**

APT0  
APT0  
APT0  
Firma del Evaluado



**Certificador**  
MARIA ALEJANDRA CARO  
MARTINEZ  
No. Registro  
0

Firma y Huellas del Certificador

"Declaro bajo la gravedad de juramento que he cumplido en todo el proceso de certificación de conductores y he suministrado información veraz y completa a los funcionarios encargados de la evaluación y la emisión de resoluciones, así como a la autoridad competente para la expedición del certificado de aptitud motriz. Declaro que el presente certificado de aptitud motriz y la resolución que lo acompaña son verdaderos y que he aceptado las condiciones de vigencia del certificado, así como la obligación de pagar el costo de la renovación del mismo."

Vigencia del Certificado: 100 días calendario