

**CERTIFICADO**  
**NO. 2019-008558**

**SALUD VIAL IPS**

Nit: 9011067793  
Dirección: Calle 26 sur # 69 - 72 piso 1 - BOGOTÁ  
Teléfono: 9278469  
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 9720 RUNT No: 24770231**

**Fecha de Expedición: 25/10/2019 Fecha Vencimiento: 22/04/2020**

**Nombre del Candidato:** MAURICIO URQUIJO URIBE  
**Ocupación:** Otros  
**Dirección:** CAR 2 30 108 SUR

**Fecha de nacimiento:**  
06/01/1965

**Documento:** CC79330082  
**Teléfono:** 0  
**Gs/Rh:** A+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa **SALUD VIAL IPS SAS** propietaria del **CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES SALUD VIAL IPS**

**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:**  
**Atestación 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
- Evaluación de Capacidad Auditiva, con Resultado
- Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz, con Resultado
- Evaluación de Capacidad Física General, con Resultado

APTO CON RESTRICCIÓN

APTO

APTO

APTO

Huellas



**Observaciones**

Candidato cumple con los requisitos de conformidad del Anexo 1 de la resolución 0217 de 2014 MT. El candidato cumple con restricción 01

*Firma del Evaluado*

**Certificador**  
**BAIRON GREGORIO MENA**  
**LLOREDA**  
**No. Registro**  
**132090**



Firma

*Firma y Huella del Certificador*



Huella

"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**