



ORGANISMO CERTIFICADOR DE CONDUCTORES SAS

13-CEP-078 del 04/04/2014

CERTIFICADO
NO. 2021-000284NTC ISO IEC 17024:2013
13-CEP-078

K.P. TERMINAL DE TRANSPORTES 02

Nit: 9006519373
Dirección: Diagonal 23 # 69 - 55 - BOGOTÁ
Teléfono: 4289723
Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS: 110012645602
Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: 3474 del 13/11/2014



20/01/2021 11:22:55 a.m.

CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

Examen No 29651 RUNT No: 26355902 Fecha de Expedición: 20/01/2021 Fecha Vencimiento: 19/07/2021

Nombre del Candidato: EDGAR AUGUSTO CASAS CAÑON
Ocupación: Medicina/Salud
Dirección: CRA 123 # 13C-75

Fecha de nacimiento: 04/12/1973

Documento: CC80528063
Teléfono: 0
Gs/Rh: A+

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa ORGANISMO CERTIFICADOR DE CONDUCTORES SAS propietaria del K.P. TERMINAL DE TRANSPORTES 02

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 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 CON RESTRICCIÓN
Restricciones, limitaciones u adaptaciones:	CONducir con LENTES,

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



Izquierda

Derecha

Observaciones

Firma del Evaluado

Firma

"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

Certificador
ROSEMARY VARGAS QUINTERO
No. Registro
143795

Firma
Firma y Huella del Certificador

Huella

VIGILADO
SuperTransporte

Fecha 20/01/2021 1:39:11p. m. **Historia N° 134**

Paciente EDGAR AUGUSTO CASAS CAÑÓN Documento 80528063 Cel 3045823239

Dirección CRA 123 # 13C-75 CASA 231 FONTIBON Edad 47 Tel

Afiliación CONTRIBUTIVO Entidad COMPENSAR Ocupación CONDUCTOR

Control visual anterior 3 años

Acompañante NO APLICA Vínculo NO APLICA Teléfono NO APLICA

Responsable julian casas Dirección NO APLICA

Vínculo hijo Teléfono 3508998539

Dirección NO APLICA

Motivo consulta REQUIERE EXAMEN PARA EL SIM

Antecedentes personales NO REFIERE

Antecedentes familiares NO REFIERE

Antecedentes laborales

Lensometría

AV Lejos

AV Cerca

Exámen externo

SC CC PH SC CC PH PTERIGIO GRADO 1 OD

OD Add 20/ 20 20/ 0.5M

OI 20/ 20- 20/ 0.5M

Observación

Oftalmoscopia

Queratometría

Exámen motor

AO: Normal OD Horizontal 43,50 / Vertical 45,00 / Eje 0 / Dif -1,5 Miras Krimsky No Cover T No

OI 43,50 / 45,75 / 0 / -2,25 VL

Presión intraocular

OD mmHG OI mmHG PPC

Refracción

Subjetivo

Esfera Cilindro Eje Adición

Esfera Cilindro Eje Adición DP AVL AVC

OD +0,00 +1,50 OD -0,25 +1,50 32 20/20 0.5M

OI +0,00 +1,50 OI -0,25 -0,50 0 +1,50 31 20/20 0.5M

Estática Sí Dinámica No

Reflejos

Test's

Disposición

Diagnóstico

Estereópsis

Visión Cromática

PRESBICIA

H524 PRESBICIA

25 SEGUNDOS DE ARCO TEST DEL COLOR NORMAL

ASTIGMATISMO MIÓPICO LEVE

H522 ASTIGMATISMO

TOMADO CON RANDOM

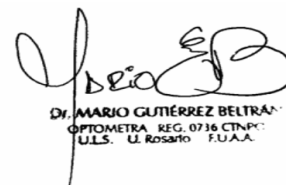
QUE NO LE DISMINUYE LA AV DEL

STEREOTEST ISHIHARA

OD Y EL MINIMO EN EL OI

Recomendación

NO REQUIERE UTILIZAR GAFAS PARA CONDUCIR.



Dr. MARIO GUTIÉRREZ BELTRÁN
OPTOMETRA REG. 0716 CTNP
U.I.S. U. Rosario F.U.A.A.

Firma Mario Gutiérrez Beltrán