

**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NUMERO **18.919.211**

**VEGA LEON**

APELLIDOS

**JORGE EMIRO**

NOMBRES

*Jorge E. Vega L.*

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **02-OCT-1963**

**AGUACHICA**  
(CESAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.67**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**M**  
SEXO

**12-DIC-1983 AGUACHICA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

*Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1207500-00132818-M-0018919211-20081202

0007367801A 2

4990000308

NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



N° 52.861

## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                         |                               | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL                                                                                                      |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| 26<br>DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 01<br>MES | 2026<br>AÑO                                                                             | AGUACHICA (CESAR, COLOMBIA)   | EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE PREINGRESO                                                                                                |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                                                                                         |                               | Empresa en misión                                                                                                                      |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| PARTICULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                                                                                         |                               | PARTICULAR                                                                                                                             |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| CIU (Actividad Económica) del empleador:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| 81 - PERSONAS NATURALES Y SUCESIONES ILÍQUIDAS SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                                                         |                               | Género                                                                                                                                 | Edad                    | Documento de Identificación         |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| VEGA LEON JORGE EMIRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                         |                               | MASCULINO                                                                                                                              | 62 AÑOS 3 MESES 25 DÍAS | CC                                  | 18919211 |                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         | Tipo                                | Número   |                                                                                                                 |  |  |  |
| Cargo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| INSTRUCTOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| EPS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | AFP                                                                                     |                               |                                                                                                                                        | ARL                     |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| SANITAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           | COLPENSIONES                                                                            |                               |                                                                                                                                        | POSITIVA                |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| Observaciones: NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |                                                                                         |                               | TIPO                                                                                                                                   | RECOMENDACIONES         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| NINGUNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| VISIONOMETRÍA PRUEBA (TAMIZ) FUNCIÓN VISUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |                                                                                         |                               | ✓ VALORACION PSICOLOGICA ✓                                                                                                             |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| GLICEMIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |                                                                                         |                               | ✓ EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL MUSCULOESQUELETICO-PSICOSOCIAL ✓                                                                           |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |                                                                                         | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES |                                                                                                                                        |                         | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |          |                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                                                                                         | USO DE EPP                    |                                                                                                                                        |                         | CONTROL DE PESO                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                                                                                         | PAUSAS ACTIVAS                |                                                                                                                                        |                         | HACER DEPORTE                       |          |                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                                                                                         | HIGIENE POSTURAL              |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                                                                                         | SVE VISUAL                    |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| CONTROL VISUAL POR SU EPS-OPTICA PARA USO DE LENTES<br>USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. |           |                                                                                         |                               |                                                                                                                                        |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                                                                                         |                               | Aspirante o Trabajador                                                                                                                 |                         |                                     |          |                                                                                                                 |  |  |  |
| <br><b>Orietta Camacho V.</b><br>Médico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo<br>Res. 0009253-2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |                                                                                         |                               | <br><b>Código de Seguridad</b><br><b>T3Z1F52861</b> |                         |                                     |          | <br><b>Jorge E. Vega L.</b> |  |  |  |
| Firma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |                                                                                         |                               | Firma:                                                                                                                                 |                         |                                     |          | Firma:                                                                                                          |  |  |  |
| Nombre: CC: 55249776 - ORIETTA MARGARITA CAMACHO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |                                                                                         |                               | Nombre: VEGA LEON JORGE EMIRO                                                                                                          |                         |                                     |          | Nombre:                                                                                                         |  |  |  |
| R. M.: 9539                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |                                                                                         |                               | L.S.O.: 9253                                                                                                                           |                         |                                     |          | CC: 18919211                                                                                                    |  |  |  |



ISO/IEC 17024:2012  
16-CEP-036



## CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ

Según lo establecido por la Resolución 000217 de 2014, expedida por el Ministerio de Transporte

ORGANISMO CERTIFICADOR: CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE  
CONDUCTORES BAHIA S.A.S. NIT: 900978980 - 5

CENTRO DE EVALUACIÓN: CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES  
BAHIA AGUACHICA SAS

|                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Dirección:                          | CALLE 3N 15-04 , Aguachica, Cesar |
| Teléfono:                           | 3114126132                        |
| Habilitación Ministerio Transporte: | 000                               |
| Sec. Salud - Registro Habilitación: | 000                               |
| Acreditación:                       | 16CEP036                          |

### IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA

|                                                                                                         |           |         |          |                                         |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------|----------|-----------------------------------------|---------------------|
| <br>02/03/2026 14:44:52 |           |         |          | Nombres: JORGE EMIRO                    |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Apellidos: VEGA LEON                    |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Tipo Identificación: CC                 |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Nº Identificación: 18919211             |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Grupo Sanguíneo y RH: A +               |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Fecha de Nacimiento: 1963/10/02         |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Edad: 62                                |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Sexo: M                                 |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Estado Civil: Unión libre               |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Nivel Educativo: Tecnólogo              |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Ocupación: INDEPENDIENTE                |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | EPS: SANITAS S.A. EPS                   |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Regimen de Afiliación: Contributivo     |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Dirección: 0                            |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Teléfono: 0                             |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Ciudad Residencia: Aguachica            |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Numero de Factura: 0                    |                     |
|                                                                                                         |           |         |          | Fecha de Impresion : 03/03/2026 9:21:07 |                     |
| Contacto caso de emergencia y/o acompañante:                                                            |           |         |          | MARTHA PEREZ                            |                     |
| Teléfono (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):                                                 |           |         |          | 0                                       |                     |
| Parentesco (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):                                               |           |         |          | Conyugue                                |                     |
| Fecha inicio vigencia:                                                                                  |           |         |          | 03/03/2026 9:19:34                      |                     |
| Fecha vencimiento:                                                                                      |           |         |          | 30/08/2026 9:19:34                      |                     |
| Nº de Reconocimiento:                                                                                   |           |         |          | 2360                                    |                     |
| Trámite                                                                                                 | Categoría | Grupo   | Concepto | Nº Resultado                            | Nº certificado RUNT |
| Refrendación                                                                                            | A2        | Grupo 1 | APTO     | A-0449-000003226                        | 50955211            |

#### CERTIFICA QUE:

Teniendo en cuenta que el usuario identificado en este documento, solicita ser evaluado de su aptitud medica para conducir de conformidad a lo establecido en la Resolución 0217 de 2014 anexo I, la Resolución 20223040030355 de 2022, Resolución 5228 del 2016 (Ministerio de Transporte) y la NTC ISO/IEC 17024 de 2012 - Por lo que certificamos los resultados obtenidos así:

| Concepto de Optometría                                                                                                                                                                              | Nombre                 | R.M:       | Huella                                                                                                       | Firma                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Candidato <b>apto</b> , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales 1.1 al 1.7.<br>03/03/2026 08:46 - 03/03/2026 08:51                              | IVONNE TORRES MONTES   | 1098720938 | N.A.<br>04/09/2025_11:04:38                                                                                  |  |
| Concepto de Fonoaudiología                                                                                                                                                                          | Nombre                 | R.M:       | Huella                                                                                                       | Firma                                                                                 |
| Candidato <b>apto</b> , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numeral 2.1. la resolución 20223040030355 de 2022.<br>03/03/2026 08:28 - 03/03/2026 08:34 | KARINA CHAMORRO PEREZ  | 1103097792 | <br>25/04/2025_10:55:09 |  |
| Concepto de Psicología                                                                                                                                                                              | Nombre                 | R.M:       | Huella                                                                                                       | Firma                                                                                 |
| Candidato <b>apto</b> , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales del 10 al 13.<br>02/03/2026 14:50 - 02/03/2026 14:54                            | ANA RAMOS ANGARITA     | 189079     | <br>25/04/2025_14:43:30 |  |
| Concepto de Medicina General                                                                                                                                                                        | Nombre                 | R.M:       | Huella                                                                                                       | Firma                                                                                 |
| Candidato <b>apto</b> , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I.<br>03/03/2026 09:08 - 03/03/2026 09:12                                                    | OCTAVIO PALOMINO ORTIZ | 9238308    | <br>25/04/2025_11:57:08 |  |

|                                                                                                                |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Concepto Final                                                                                                 | Trámite - Categoría |
| Cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014 anexo I Resolución 20223040030355 de 2022 | Refrendación A2     |
| (Código) Restricciones - Observación                                                                           |                     |
| Observaciones / Vigencia                                                                                       |                     |
| Limitaciones físicas progresivas                                                                               | Fecha Vigencia      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Firma Profesional Certificador<br>MARIA PEINADO GUERRERO RM: 276168<br>Declaro bajo la gravedad de juramento que el dictamen se ajusta a la realidad medica del usuario. | <br>25/04/2025_15:09:10<br>Huella Profesional | Firma Usuario Certificado<br>Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnostico clínico, corresponden estrictamente apego a la verdad |
| Vigencia del Certificado: este certificado tiene vigencia de seis(6) meses según lo establecido en la resolución 1298 de 2018 del Ministerio de Transporte                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Conforme a ley se da cumplimiento a la ley 527 acorde a la resolución 3100 Numeral 11.1.6 Estándares de Historia Clínica y Registros.                                                                                                                           |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |



ISO/IEC 17024:2012  
16-CEP-036



INFORME DE EVALUACIÓN DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y COORDINACIÓN  
MOTRIZ PARA CONDUCIR  
Según lo establecido por la Resolución 000217 de 2014, expedida por el Ministerio de Transporte  
ORGANISMO CERTIFICADOR: CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE  
CONDUCTORES BAHIA S.A.S. NIT: 900978980 - 5  
CENTRO DE EVALUACIÓN: CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES  
BAHIA AGUACHICA SAS

|                                        |                                   |
|----------------------------------------|-----------------------------------|
| Dirección:                             | CALLE 3N 15-04 , Aguachica, Cesar |
| Teléfono:                              | 3114126132                        |
| Habilitación ministerio de transporte: | 000                               |
| Sec. Salud - Registro Habilitación:    | 000                               |
| Acreditación:                          | 16CEP036                          |

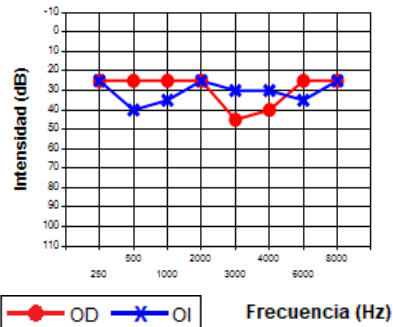
IDENTIFICACION DE LA PERSONA (USUARIO) CERTIFICADA

|                                                                                                          |  |                     |  |                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <br>02/03/2026 14:44:52 |  |                     |  |                        |  | <p>Firma Usuario Certificado</p> <p>Declaro bajo la gravedad de juramento 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.</p> |  |
| Contacto caso de emergencia y/o acompañante:                                                             |  | MARTHA PEREZ        |  | Nombres:               |  | JORGE EMIRO                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Teléfono (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):                                                  |  | 0                   |  | Apellidos:             |  | VEGA LEON                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Parentesco (Contacto caso de emergencia y/o acompañante):                                                |  | Conyugue            |  | Tipo Identificación:   |  | CC                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Fecha de Evaluación:                                                                                     |  | 02/03/2026 14:44:52 |  | Nº Identificación:     |  | 18919211                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
| Fecha de Certificación:                                                                                  |  | 03/03/2026 9:19:34  |  | Grupo Sanguíneo y RH:  |  | A +                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Numero de Factura:                                                                                       |  | 0                   |  | Fecha de Nacimiento:   |  | 1963/10/02                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| Fecha de Impresión :                                                                                     |  | 03/03/2026 9:21:47  |  | Edad:                  |  | 62                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| Nº de Reconocimiento:                                                                                    |  | 2360                |  | Sexo:                  |  | M                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                          |  |                     |  | Estado Civil:          |  | Unión libre                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|                                                                                                          |  |                     |  | Nivel Educativo:       |  | Tecnólogo                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                                          |  |                     |  | Ocupación:             |  | INDEPENDIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|                                                                                                          |  |                     |  | EPS:                   |  | SANITAS S.A. EPS                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|                                                                                                          |  |                     |  | Regimen de Afiliación: |  | Contributivo                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|                                                                                                          |  |                     |  | Teléfono:              |  | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                          |  |                     |  | Dirección:             |  | 0                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                          |  |                     |  | Ciudad Residencia:     |  | Aguachica                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |

|              |           |         |          |                  |                     |
|--------------|-----------|---------|----------|------------------|---------------------|
| Trámite      | Categoría | Grupo   | Concepto | Nº Resultado     | Nº certificado RUNT |
| Refrendación | A2        | Grupo 1 | APTO     | A-0449-000003226 | 50955211            |

FONOAUDIOLOGIA

| Frecuencia            | Localización | Resultado | Rango de Aprobación        |
|-----------------------|--------------|-----------|----------------------------|
| Frecuencia de 250 Hz  | OD           | 25        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 500 Hz  | OD           | 25        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 1000 Hz | OD           | 25        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 2000 Hz | OD           | 25        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 3000 Hz | OD           | 45        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 4000 Hz | OD           | 40        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 6000 Hz | OD           | 25        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 8000 Hz | OD           | 25        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| db PTA (Media 3 Frec) | OD           | 25        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 250 Hz  | OI           | 25        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 500 Hz  | OI           | 40        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 1000 Hz | OI           | 35        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 2000 Hz | OI           | 25        | Menor igual a ( <= ) 25 dB |

|                                        |    |                                                                                     |                            |
|----------------------------------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                        |    |                                                                                     | 25 dB                      |
| Frecuencia de 3000 Hz                  | OI | 30                                                                                  | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 4000 Hz                  | OI | 30                                                                                  | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 6000 Hz                  | OI | 35                                                                                  | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Frecuencia de 8000 Hz                  | OI | 25                                                                                  | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| db PTA (Media 3 Frec)                  | OI | 33                                                                                  | Menor igual a ( <= ) 25 dB |
| Interpretación de Rangos de aprobación |    | Audiograma                                                                          |                            |
| 0-25 dB Audición Normal                |    |  |                            |
| 26-40 dB Hipoacusia Leve               |    |                                                                                     |                            |
| 41-55 dB Hipoacusia Moderada           |    |                                                                                     |                            |
| 56-70 dB Hipoacusia Severa             |    |                                                                                     |                            |
| 71-90 dB Hipoacusia Grave              |    |                                                                                     |                            |
| 71-80 dB Hipoacusia Grave (Grupo 2)    |    |                                                                                     |                            |
| >90 dB Hipoacusia Profunda             |    |                                                                                     |                            |
| >81 dB Hipoacusia Profunda (Grupo 2)   |    |                                                                                     |                            |

|                |         |                  |         |
|----------------|---------|------------------|---------|
| Ayuda Auditiva |         |                  |         |
| Audífono       | Ninguno | Implante Coclear | Ninguno |

|                       |                                                                                                                                                      |                                                                                      |                                                                                                              |
|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Impresión Diagnóstica |                                                                                                                                                      | Categoría                                                                            |                                                                                                              |
| Concepto              | Candidato apto, cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numeral 2.1. la resolución 20223040030355 de 2022. | A2                                                                                   |                                                                                                              |
| Observaciones         | Audición Normal oído Derecho, Pérdida Auditiva Leve Oído Izquierdo, en el momento de la valoración<br>03/03/2026 08:28 - 03/03/2026 08:34            |                                                                                      |                                                                                                              |
| Nombre Fonoaudiologo  | RM:                                                                                                                                                  | Firma                                                                                | Huella                                                                                                       |
| KARINA CHAMORRO PEREZ | 1103097792                                                                                                                                           |  | <br>25/04/2025 10:55:09 |

PSICOLOGIA

|                                  |              |          |                           |
|----------------------------------|--------------|----------|---------------------------|
|                                  | Resultados   | Niveles  | Rangos de Aprobación      |
| Atención concentrada             |              |          |                           |
| Tiempo medio reacción respuesta  | 298.83       | Medio    | Menor igual a ( <= ) 690  |
| Número de Errores                | 2            |          | Menor igual a ( <= ) 5    |
| Reacción Múltiple                |              |          |                           |
| Tiempo medio reacción respuesta  | 471.2        | Medio    | Menor igual a ( <= ) 1140 |
| Número de Errores                | 3            |          | Menor igual a ( <= ) 7    |
| Anticipación de la velocidad     |              |          |                           |
| Tiempo Medio de desviación Vel 1 | 302.25       | Medio    | Menor igual a ( <= ) 830  |
| Coordinación Bimanual            |              |          |                           |
| Tiempo medio reacción respuesta  | 1744         | Medio    | Menor igual a ( <= ) 4830 |
| Número de Errores                | 6            |          | Menor igual a ( <= ) 15   |
| Reacción al frenado              |              |          |                           |
| Tiempo medio reacción respuesta  | 557.66       | Medio    | Menor igual a ( <= ) 750  |
| Inteligencia Práctica            |              |          |                           |
| Cumple                           |              |          |                           |
| Personalidad                     |              |          |                           |
| 26                               | 26, Aprobado | Aprobado | Mayor igual a ( >= ) 19   |
| Sustancias                       |              |          |                           |
| 21                               | 21, Aprobado | Aprobado | Mayor igual a ( >= ) 15   |
| Coeficiente Intelectual          |              |          |                           |
| 97-125                           | 15, Apto     | Apto     | Mayor igual a ( >= ) 11   |

La prueba Tepsion cuenta con el siguiente criterio de aprobación para la definición del coeficiente intelectual del aspirante

**Criterio o rangos de coeficiente intelectual**

| ITEMS ACERTADOS<br>TEPSICON | RANGO DE CI | NIVEL DE APROBACIÓN                                                |
|-----------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------|
| 1-5                         | 50-53       | DERIVADO                                                           |
| 6                           | 54-61       | DERIVADO                                                           |
| 7-8                         | 62-70       | DERIVADO                                                           |
| 9-10                        | 71-88       | APROBADO BAJO<br>CONSIDERACIÓN<br>PROFESIONAL Y CON<br>RESTRICCIÓN |
| 11-12                       | 89-95       | APROBADO                                                           |
| 13-14                       | 96          | APROBADO                                                           |
| 15                          | 97-125      | APROBADO                                                           |

**Resultado del cuestionario - Tepsicon**

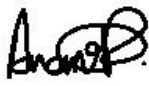
| Bloque                                                                                 | Resultado | Num.<br>Preguntas | Criterio |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------|----------|
| 10.1 Trastornos amnésicos y trastornos cognoscitivos                                   | 3         | 3                 |          |
| Con frecuencia se me olvida mi nombre y mi lugar de residencia                         | NO        | 1                 | NO       |
| Actualmente estoy en tratamiento médico por que se me olvidan las cosas con frecuencia | NO        | 2                 | NO       |
| Tengo que tomar medicamentos para poderme concentrar                                   | NO        | 3                 | NO       |
| 10.2 Trastornos mentales debido a enfermedad medica                                    | 3         | 3                 |          |
| Tengo una enfermedad que me ocasiona movimientos involuntarios                         | NO        | 4                 | NO       |
| Estoy en un tratamiento médico que me ocasiona, cambios fuertes de mi estado de ánimo  | NO        | 5                 | NO       |
| La gente me rechaza por la enfermedad que tengo                                        | NO        | 6                 | NO       |
| 10.3 Esquizofrenia                                                                     | 3         | 3                 |          |
| Últimamente me he sentido rechazado en todas partes                                    | NO        | 7                 | NO       |
| Con frecuencia veo cosas que nadie mas ve                                              | NO        | 8                 | NO       |
| Siento una voz en mi cabeza que me atormenta todo el tiempo                            | NO        | 9                 | NO       |
| 10.4 Trastorno del estado de animo                                                     | 3         | 3                 |          |
| En los últimos meses he pensado en dejar de vivir                                      | NO        | 10                | NO       |
| A pesar de mis intentos siento que todo me sale mal                                    | NO        | 11                | NO       |
| Generalmente tengo cambios fuertes en mis decisiones                                   | NO        | 12                | NO       |
| 10.5 Disociativo                                                                       | 3         | 3                 |          |
| Con frecuencia se me dificulta organizar mis palabras                                  | NO        | 13                | NO       |
| Últimamente la gente habla de cosas que no recuerdo haber hecho                        | NO        | 14                | NO       |
| Se me dificulta recordar cosas hechas el mismo día                                     | NO        | 15                | NO       |
| 10.6 Trastornos del sueño                                                              | 3         | 3                 |          |
| En el último mes me he ausentado de mis deberes por tener sueño excesivo               | NO        | 16                | NO       |
| Con frecuencia se me dificulta conciliar el sueño                                      | NO        | 17                | NO       |
| He tenido ataques repentinos de sueño durante el día                                   | NO        | 18                | NO       |
| 10.7 Control de impulsos                                                               | 2         | 3                 |          |
| Si la gente me estresa tengo que responder con agresividad                             | NO        | 19                | NO       |
| Suelo reaccionar de forma impulsiva si me llevan la contraria                          | NO        | 20                | NO       |
| Me identifico por ser una persona demasiado calmada                                    | NO        | 21                | SI       |
| 10.8 Trastornos de personalidad                                                        | 3         | 3                 |          |
| Se me dificulta relacionarme con los demás por mi forma de percibir las cosas          | NO        | 22                | NO       |
| Prefiero evitar trabajar o estudiar para no tener problemas con la gente               | NO        | 23                | NO       |
| Hace mucho tiempo que la gente me rechaza                                              | NO        | 24                | NO       |
| 10.10 Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador                  | 3         | 3                 |          |
| La mayor parte del tiempo me dejo llevar por mis emociones y reacciono violentamente   | NO        | 25                | NO       |
| Siento que estoy satisfecho cuando me desquito de los demás                            | NO        | 26                | NO       |
| Siento satisfacción cuando puedo agredir a los demás                                   | NO        | 27                | NO       |
| 11.1 Abuso de alcohol                                                                  | 3         | 3                 |          |
| Combino licores para poder embriagarme más rápido                                      | NO        | 28                | NO       |
| Cuando comienzo a tomar licor, es difícil poder controlarme                            | NO        | 29                | NO       |
| He tenido problemas legales bajo efectos de alcohol                                    | NO        | 30                | NO       |
| 11.2 Dependencia del alcohol                                                           | 3         | 3                 |          |
| Puedo pasar más de un mes sin consumir alcohol                                         | SI        | 31                | SI       |
| Prefiero consumir licor sin compañía de nadie                                          | NO        | 32                | NO       |
| Cuando tengo guayabo, consumo licor para recuperarme                                   | NO        | 33                | NO       |
| 11.3 Trastornos inducidos por alcohol                                                  | 3         | 3                 |          |
| El médico me ha recomendado dejar de consumir alcohol                                  | NO        | 34                | NO       |
| He perdido trabajos por llegar bajo efectos de alcohol                                 | NO        | 35                | NO       |
| He tenido alucinaciones cuando estoy embriagado                                        | NO        | 36                | NO       |

|                                                                                          |    |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| 11.4 Consumo habitual de drogas y medicamentos                                           | 3  | 3  |    |
| En el último mes he consumido drogas alucinógenas por problemas personales               | NO | 37 | NO |
| Debo consumir medicamentos todos los días                                                | NO | 38 | NO |
| Consumo drogas alucinógenas para olvidar de mis problemas                                | NO | 39 | NO |
| 11.5 Abuso de drogas o medicamentos                                                      | 3  | 3  |    |
| Siento la necesidad de auto medicarme con frecuencia                                     | NO | 40 | NO |
| He estado en un centro de ayuda para el control de consumo de sustancias toxicas         | NO | 41 | NO |
| Me han hospitalizado por sobredosis de medicamentos                                      | NO | 42 | NO |
| 11.6 Dependencia de drogas y medicamentos                                                | 3  | 3  |    |
| Consumo sustancias toxicas a pesar de saber el daño que me hacen                         | NO | 43 | NO |
| Consumo pastillas para poder dormir                                                      | NO | 44 | NO |
| Necesito medicamentos para estar despierto                                               | NO | 45 | NO |
| 11.7 Trastornos inducidos por drogas o medicamentos                                      | 3  | 3  |    |
| Estoy en tratamiento psicológico por consumo de drogas                                   | NO | 56 | NO |
| Si no consumo mis medicamentos tengo crisis de ansiedad                                  | NO | 47 | NO |
| Mi familia me ha recomendado dejar de consumir mis medicamentos                          | NO | 48 | NO |
| Información                                                                              | 3  | 3  |    |
| Cuantos minutos tiene una hora                                                           | B  | 49 | B  |
| Colombia Pertenece a                                                                     | C  | 50 | C  |
| La placa de color blanca en un vehículo indica                                           | C  | 51 | C  |
| Comprensión                                                                              | 3  | 3  |    |
| Observe la secuencia y seleccione la respuesta que considere apropiada                   | A  | 52 | A  |
| Observe la secuencia y seleccione la respuesta que considere apropiada                   | B  | 53 | B  |
| Observe la secuencia y seleccione la respuesta que considere apropiada                   | A  | 54 | A  |
| Aritmética                                                                               | 3  | 3  |    |
| Cuantos huevos hay en dos docenas y media                                                | C  | 55 | C  |
| Si un paquete de papas cuesta \$700, cuánto cuestan 3 paquetes de papas                  | C  | 56 | C  |
| En un aeropuerto aterriza un avión cada 10 minutos, cuantos aviones aterrizan en 2 horas | B  | 57 | B  |
| Semejanzas                                                                               | 3  | 3  |    |
| En que se parece el mango y la fresa                                                     | A  | 58 | A  |
| En que se parece el agua y el fuego                                                      | C  | 59 | C  |
| El aire es para el ser humano como él agua es para?                                      | B  | 60 | B  |
| Vocabulario                                                                              | 3  | 3  |    |
| Que indica la palabra Invierno                                                           | A  | 61 | A  |
| Que indica la palabra reparar                                                            | B  | 62 | B  |
| Que indica la palabra obstruir                                                           | B  | 63 | B  |

|                                                                                                 | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Rango de Aprobación - Grupo 2 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>10.1 Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos.</b>          | No deben existir supuestos de delirium o demencia. Tampoco se admiten casos de trastornos amnésicos u otros trastornos cognoscitivos que supongan un riesgo para la conducción.                                                                                                                                                                                                                                                                     | No se admiten.                |
| <b>10.2 Trastornos mentales debidos a enfermedad médica no clasificados en otros apartados.</b> | No deben existir trastornos catatónicos, cambios de personalidad particularmente agresivos, y otros trastornos que supongan un riesgo para la seguridad vial.                                                                                                                                                                                                                                                                                       | No se admiten.                |
| <b>10.3 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</b>                                        | No debe existir esquizofrenia o trastorno delirante. Tampoco se admiten otros trastornos psicóticos que presenten incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa, ideas delirantes, alucinaciones o conducta violenta, o que por alguna otras razón impliquen riesgo para la seguridad vial.                                                                                                                                                     | No se admiten.                |
| <b>10.4 Trastornos del estado de ánimo.</b>                                                     | No deben existir trastornos graves del estado de ánimo que conlleven alta probabilidad de conductas de riesgo para la propia vida o la de los demás.                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ídem grupo 1.                 |
| <b>10.5 Trastornos disociativos.</b>                                                            | No deben admitirse los casos que supongan riesgo para la seguridad vial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ídem grupo 1.                 |
| <b>10.6 Trastornos del sueño de origen diferente del respiratorio.</b>                          | No se admiten casos de narcolepsia o trastornos de hipersomnias diurnas de origen diferente del respiratorio, ya sean primarias, relacionadas con otro trastorno mental, enfermedad médica o inducidas. Tampoco se admiten otros trastornos del ritmo circadiano que supongan riesgo para la actividad de conducir. En los casos de insomnio se presentará especial atención a los riesgos asociados al posible consumo de productos farmacéuticos. | ídem grupo 1.                 |
| <b>10.7 Trastornos del control de los impulsos.</b>                                             | No se admiten casos de trastornos explosivos intermitentes u otros cuya gravedad suponga riesgo para la seguridad vial.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ídem grupo 1.                 |
| <b>10.8 Trastornos de la personalidad.</b>                                                      | No deben existir trastornos graves de la personalidad, en particular aquellos que se manifiesten en conductas antisociales con riesgo para la seguridad de las personas.                                                                                                                                                                                                                                                                            | ídem grupo 1.                 |

|                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10.9 Trastornos del desarrollo intelectual.                                     | No debe existir retraso mental con cociente intelectual inferior a 70.<br><br>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.                                                                                   | No debe existir retraso mental con un cociente intelectual inferior a 70.<br><br>No se admiten. |
| 10.10 Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador.          | No deben existir trastornos por déficit de atención cuya gravedad implique riesgo para la conducción. Tampoco se admiten casos moderados o graves de trastorno disocial u otros comportamientos perturbadores acompañados de conductas agresivas o violaciones graves de normas cuya incidencia en la seguridad vial sea significativa.           | Ídem grupo 1.                                                                                   |
| 10.11 Otros trastornos mentales que no se han incluido en apartados anteriores. | No deben existir trastornos disociativos, adaptativos u otros problemas objeto de atención clínica que sean funcionalmente incapacitantes para la conducción.                                                                                                                                                                                     | Ídem grupo 1.                                                                                   |
| 11.1 Abusos de alcohol.                                                         | No se admite la existencia de abuso del alcohol ni cualquier patrón de uso en el que el sujeto no pueda disociar conducción de un vehículo y consumo de alcohol. Tampoco se admiten casos de antecedentes de abuso en los que la rehabilitación no esté debidamente acreditada.                                                                   | Ídem grupo 1.                                                                                   |
| 11.2 Dependencia del alcohol.                                                   | No se admite la existencia de dependencia de alcohol. Tampoco se admiten casos de antecedentes de dependencia en los que la rehabilitación no esté debidamente acreditada.                                                                                                                                                                        | Ídem grupo 1.                                                                                   |
| 11.3 Trastornos inducidos por alcohol.                                          | No se admite la existencia de trastornos inducidos por alcohol, tales como síndrome de abstinencia, delirium, demencia, trastornos psicóticos u otros que supongan riesgo para la seguridad vial. Tampoco se admiten casos de antecedentes de trastornos inducidos por el alcohol en los cuales la rehabilitación no esté debidamente acreditada. | Ídem grupo 1.                                                                                   |
| 11.4 Consumo habitual de drogas y medicamentos.                                 | No se admite el consumo habitual de sustancias que comprometan la aptitud para conducir sin peligro, ni el consumo habitual de medicamentos que, individualmente o en conjunto, produzcan efectos adversos graves en la capacidad para conducir.                                                                                                  | Ídem grupo 1.                                                                                   |
| 11.5 Abuso de drogas y medicamentos.                                            | No se admite el abuso de drogas o medicamentos. Si existe antecedentes de abuso, la rehabilitación ha de acreditarse debidamente.                                                                                                                                                                                                                 | Ídem grupo 1.                                                                                   |
| 11.6 Dependencia de drogas y medicamentos.                                      | No se admite la dependencia de drogas o medicamentos. Si existe antecedente de dependencia, la rehabilitación ha de acreditarse debidamente.                                                                                                                                                                                                      | Ídem grupo 1.                                                                                   |
| 11.7 Trastornos inducidos por drogas o medicamentos.                            | No se admiten delirium, demencia, alteraciones perceptivas, trastornos psicóticos u otros, inducidos por drogas o medicamentos, que supongan riesgo para la seguridad vial. Tampoco se admiten casos de antecedentes de trastornos inducidos por droga o medicamentos en los que la rehabilitación no esté debidamente acreditada.                | Ídem grupo 1.                                                                                   |

| Impresión Diagnóstica |                                                                                                                                   | Categoría |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Concepto              | Candidato <b>apto</b> , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales del 10 al 13. | A2        |
| Observaciones         | apto<br>02/03/2026 14:50 - 02/03/2026 14:54                                                                                       |           |

| Nombre Psicologo   | RM:    | Firma                                                                                | Huella                                                                                                           |
|--------------------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ANA RAMOS ANGARITA | 189079 |  | <br><br>25/04/2025 14:43:30 |

OPTOMETRIA

|                                                                                                     | Localización | Resultados  | Rango de Aprobación             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------|---------------------------------|
| Agudeza Visual Lejana                                                                               | Binocular    | 20/30       | Menor igual a ( <= ) 20/30      |
| Agudeza Visual Lejana                                                                               | OI           | 20/30       | Menor igual a ( <= ) 20/30      |
| Agudeza Visual Lejana                                                                               | OD           | 20/30       | Menor igual a ( <= ) 20/30      |
| Agudeza Visual Cercana                                                                              | Binocular    | 0.50        | Menor igual a ( <= ) 1 M (0.48) |
| Agudeza Visual Cercana                                                                              | OI           | 0.50        | Menor igual a ( <= ) 1 M (0.48) |
| Agudeza Visual Cercana                                                                              | OD           | 0.50        | Menor igual a ( <= ) 1 M (0.48) |
| Campimetría Vertical                                                                                | Binocular    | > 70        | Mayor igual a ( >= ) 70         |
| Campimetría Horizontal                                                                              | Binocular    | > 120       | Mayor igual a ( >= ) 120        |
| Discriminación de colores                                                                           | Binocular    | Normal      | Igual a ( = ) Normal            |
| Sensibilidad al contraste                                                                           | Binocular    | Normal      | Igual a ( = ) Normal            |
| Visión mesópica (Nocturna)                                                                          | Binocular    | Normal      | Igual a ( = ) Normal            |
| Recuperación del Encandilamiento (AV)                                                               | Binocular    | 20/20       | Menor igual a ( <= ) 20/30      |
| Encandilamiento                                                                                     | Binocular    | 4           | Menor ( < ) 5 seg               |
| Phorias Lejanas                                                                                     | Lejanas      | No presenta | Igual a ( = ) No                |
| Phorias Cercanas                                                                                    | Cercanas     | No presenta | Igual a ( = ) No hay límite     |
| Diplopia                                                                                            | Binocular    | No presenta | Igual a ( = ) No                |
| Visión de profundidad (Estereoagudeza)                                                              |              |             |                                 |
| Grupo1                                                                                              | Binocular    | 85%         | Mayor igual a ( >= ) 60 %       |
| Grupo2                                                                                              | Binocular    |             | Mayor igual a ( >= ) 80 %       |
| Rangos permitidos Agudeza visual Lejana OD y OI: (20/30 - 20/40), (20/25 - 20/50), (20/20 - 20/60)  |              |             |                                 |
| Rangos permitidos Agudeza visual Cercana OD y OI: (20/40 - 20/50), (20/30 - 20/60), (20/20 - 20/70) |              |             |                                 |

OFTALMOSCOPIA

|                                   |             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------|-------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Valoración externa                |             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Estructura Párpados               |             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Hallazgos                         | OI          | OD          | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Rango de Aprobación - Grupo 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Ptosis (Motilidad Palpebral)      | No presenta | No presenta | No se admiten ptosis ni lagoftalmías que afecten la visión en los límites y condiciones señaladas en los apartados 1.1 y 1.2 correspondientes al grupo 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | No se admiten ptosis ni lagoftalmias que afecten a la visión en los límites y condiciones señaladas en los apartados 1.1. y 1.2 correspondientes al grupo 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Xantelasmas                       | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Entropion                         | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Lagoftalmo                        | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Inflamación del conducto lagrimal | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Otro OI                           |             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Otro OD                           |             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Estructura Conjuntivas            |             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Hallazgos                         | OI          | OD          | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Rango de Aprobación - Grupo 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Conjuntivitis atópica             | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Hiperemia                         | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Hiperemia leve                    | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Edema e hiperemia focalizada      | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Hiperemia moderada                | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Xeroftalmia                       | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Hiperemia severa                  | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Edema                             | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Varices conjuntivales             | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Otro OI                           |             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Otro OD                           |             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Músculos extrínsecos              |             |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Hallazgos                         | OI          | OD          | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Rango de Aprobación - Grupo 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Normal                            | No presenta | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Nistagmus                         | No presenta | No presenta | <p>No hay límite del valor de la phoria, siempre y cuando no se presente diplopía. Las diplopias impiden obtener, recategorizar y/o refrendar la licencia de conducción</p> <p>El nistagmus impide obtener, recategorizar y/o refrendar cuando no permita alcanzar los niveles de capacidad visual indicadas en los apartados 1.1 a 1.7 del grupo 1, ambos inclusive, cuando, cuando sea manifestación de alguna enfermedad de las incluidas en el presente anexo o cuando, según criterio del facultativo, origine o pueda originar fatiga visual durante la conducción.</p> <p>No se admiten otros defectos de la visión binocular, ni estrabismos que impidan alcanzar los niveles fijados en los apartados 1.1 a 1.7 del grupo 1, ambos inclusive. Cuando no impidan alcanzar los niveles de capacidad visual indicados en los apartados 1.1 a</p> | <p>Ídem grupo 1. Se acepta cualquier valor de la foria siempre y cuando se tenga una reserva que la compense que sea el doble del valor hallado tanto para lejos como para cerca.</p> <p>El nistagmus impide obtener, recategorizar y/o refrendar cuando no permita alcanzar los niveles de capacidad visual indicadas en las apartados 1.1 a 1.7 del grupo 1, ambos inclusive, cuando sea manifestación de alguna enfermedad de las incluidas en el presente anexo o cuando, sea criterio del facultativo, origine o pueda originar fatiga visual durante la conducción.</p> <p>No se admiten otros defectos de la visión binocular ni los estrabismos</p> |

|                                                                                |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
|                                                                                |                                                                                                                                 |             | 1.7 del grupo 1, ambos inclusive, el oftalmólogo deberá valorar, principalmente, sus consecuencias sobre la fatiga visual, los defectos refractivos, el campo visual, el grado de estereopsis, la presencia de forias y de torticolis y la aparición de diplopía, así como la probable evolución del proceso, fijando consecuentemente el período de vigencia. |                               |
| Estrabismo Convergente                                                         | No presenta                                                                                                                     | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Estrabismo divergente                                                          | No presenta                                                                                                                     | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Estrabismo vertical                                                            | No presenta                                                                                                                     | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Otras alteraciones de la motilidad OI                                          |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Otras alteraciones de la motilidad OD                                          |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Valoración Interna                                                             |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Cristalino                                                                     |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Hallazgos                                                                      | OI                                                                                                                              | OD          | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Rango de Aprobación - Grupo 2 |
| Afáquia                                                                        | No presenta                                                                                                                     | No presenta | No se admiten las monolaterales ni los bilaterales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ídem grupo 1.                 |
| Seudofáquia                                                                    | No presenta                                                                                                                     | No presenta | No se admiten las monolaterales ni los bilaterales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Ídem grupo 1.                 |
| Córnea                                                                         |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Hallazgos                                                                      | OI                                                                                                                              | OD          | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Rango de Aprobación - Grupo 2 |
| Córnea sin transparencia                                                       | No presenta                                                                                                                     | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Degeneración Corneal                                                           | No presenta                                                                                                                     | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Otro OI                                                                        |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Otro OD                                                                        |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Retina                                                                         |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Hallazgos                                                                      | OI                                                                                                                              | OD          | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Rango de Aprobación - Grupo 2 |
| Degeneraciones maculares                                                       | No presenta                                                                                                                     | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Lesiones degenerativas no peligrosas y sin carácter evolutivo                  | No presenta                                                                                                                     | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Cicatrices retinianas y coriorretinianas evolutivas y tumores retinianos       | No presenta                                                                                                                     | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Antecedentes de desprendimiento de retina con antigüedad superior a seis meses | No presenta                                                                                                                     | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Otro OI                                                                        |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Otro OD                                                                        |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Órbita                                                                         |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Hallazgos                                                                      | OI                                                                                                                              | OD          | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Rango de Aprobación - Grupo 2 |
| Otro OI                                                                        |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Otro OD                                                                        |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Afecciones Traumáticas                                                         |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Hallazgos                                                                      | OI                                                                                                                              | OD          | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Rango de Aprobación - Grupo 2 |
| Herida penetrante antigua con ojo estabilizado                                 | No presenta                                                                                                                     | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Herida penetrante antigua con ojo no estabilizado                              | No presenta                                                                                                                     | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Otro OI                                                                        |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Otro OD                                                                        |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Deterioro progresivo de la capacidad visual                                    |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Impresión Diagnóstica                                                          |                                                                                                                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                               |
| Concepto                                                                       | Candidato <b>apto</b> , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I, numerales 1.1 al 1.7. |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Categoría                     |
| Observaciones                                                                  | APTO EN EL MOMENTO DEL EXAMEN<br>03/03/2026 08:46 - 03/03/2026 08:51                                                            |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | A2                            |
| Nombre Optometra                                                               |                                                                                                                                 | RM:         | Firma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Huella                        |
| IVONNE TORRES MONTES                                                           |                                                                                                                                 | 1098720938  |                                                                                                                                                                                                                                                                            | N.A.<br>04/09/2025 11:04:38   |

| Sistema Locomotor                                   |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                     | Resultado   | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Rango de Aprobación - Grupo 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Motilidad                                           | No presenta | No debe existir ninguna alteración que impida la posición sedente normal o un manejo eficaz de los mandos y dispositivos del vehículo, o que requiera para ello de posiciones atípicas o fatigosas, ni afecciones o anomalías que precisen adaptaciones, restricciones u otras limitaciones en personas, vehículos o de circulación.                                                                                                                                  | Ídem grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Afecciones o anomalías progresivas                  | No presenta | No deben existir afecciones o anomalías progresivas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ídem grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Talla - Estatura (m)                                | 167         | No se admiten tallas que originen una posición de conducción incompatible con el manejo seguro del vehículo o con la correcta visibilidad por parte del conductor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Ídem grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Peso (kg)                                           | 77          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Talla - Estatura (m)                                | 167         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Frecuencia Respiratoria (RPM)                       | 18          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Frecuencia (PPM)                                    | 76          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Tensión (BPS)                                       | 130/80      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Índice de masa corporal                             | 27,61       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Sistema Cardiovascular                              |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                     | Resultado   | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Rango de Aprobación - Grupo 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Insuficiencia Cardíaca                              | No presenta | No debe existir ninguna alteración que afecte a la dinámica cardíaca con signos objetivos y funcionales de descompensación o síncope.<br><br>No debe existir ninguna cardiopatía que origine sintomatología correspondiente a nivel funcional III o IV                                                                                                                                                                                                                | No debe existir ninguna alteración que afecte a la dinámica cardíaca con signos objetivos y funcionales de descompensación o síncope, ni existir arritmias u otra sintomatología asociada. El informe cardiológico incluirá la determinación de la fracción de eyección que deberá ser superior al 45%<br><br>No debe existir cardiopatía que origine sintomatología correspondiente a un nivel funcional II, III o IV                                                                                               |
| Transtornos del Ritmo                               | No presenta | No debe existir arritmia maligna durante los últimos seis meses que origine o haya podido originar una pérdida de atención o un síncope en el conductor, salvo en los casos con antecedentes de terapia curativa e informe favorable del cardiólogo.<br><br>No debe existir ninguna alteración del ritmo que origine sintomatología correspondiente a una clase funcional III o IV.<br><br>No debe existir utilización de prótesis valvulares cardíacas o marcapasos. | No debe existir ningún trastorno del ritmo cardíaco que pueda originar una pérdida de atención o un síncope en el conductor, ni antecedentes de pérdida de atención, isquemia cerebral o síncope secundario al trastorno del ritmo durante los dos últimos años, salvo en los casos con antecedentes de terapia curativa e informe favorable del cardiólogo.<br><br>No debe existir ninguna alteración del ritmo que origine sintomatología correspondiente a una clase funcional II, III o IV.<br><br>Ídem grupo 1. |
| Marcapasos y desfibrilador automático implantable   | No presenta | No debe existir utilización de marcapasos.<br><br>No debe existir implantación de desfibrilador automático implantable.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ídem grupo 1<br><br>Ídem grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Prótesis Valvulares Cardíacas                       | No presenta | No debe existir utilización de prótesis valvulares cardíacas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Ídem grupo 1<br><br>Ídem grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Cardiopatía Isquémica                               | No presenta | No debe existir antecedentes de infarto agudo de miocardio durante los últimos tres meses<br><br>No se admite la cirugía de revascularización ni la revascularización percutánea.<br><br>No debe existir ninguna cardiopatía isquémica que origine sintomatología correspondiente a una clase funcional III o IV.                                                                                                                                                     | Ídem grupo 1.<br><br>Ídem grupo 1.<br><br>No se admite ninguna cardiopatía isquémica que origine sintomatología correspondiente a una clase funcional II, III o IV.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Hipertensión Arterial                               | No presenta | No debe existir signos de afección orgánica ni valores de presión arterial descompensados que supongan riesgo en la conducción.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ídem grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Aneurismas de Grandes Vasos                         | No presenta | No debe existir aneurismas de grandes vasos. Se admite su corrección quirúrgica, siempre que exista un resultado satisfactorio de ésta y no haya clínica de isquemia cardíaca.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | No debe existir aneurismas de grandes vasos, ni disección aórtica. Se admite la corrección quirúrgica de aneurismas, siempre que exista un resultado satisfactorio de ésta y no haya clínica de isquemia cardíaca.                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Arteriopatías Periféricas                           | No presenta | En caso de arteriopatía periférica, se valorará la posible asociación de cardiopatía isquémica.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ídem grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Procesos Oncohematológicos                          |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|                                                     | Resultado   | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Rango de Aprobación - Grupo 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Proceso sometido a tratamiento quimioterapéutico    | No presenta | No se admiten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | No se admiten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Policitemia vera                                    | No presenta | No se admiten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | No se admiten.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Finalización del último ciclo antes de tres meses   | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Finalización del último ciclo después de tres meses | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Antecedentes de trastornos onco-                    | No presenta |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

|                      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |
|----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>hematológicos</b> |             |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |
| Otros                | No presenta | No se admiten cuando en los últimos tres meses se hayan presentado anemia, leucopenia o trombopenia severa o cuando durante los últimos seis meses haya habido leucocitosis mayores de 100.000 leucocitos por ul o trombocitosis mayores de 1.000.000 plaquetas por ul. | No se admiten. |

#### Trastornos no oncohematológicos

|                                                   | Resultado   | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                              | Rango de Aprobación - Grupo 2 |
|---------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Anemias, leucopenias y trombopenias               | No presenta | No se admiten anemias, leucopenias o trombopenias severas o moderadas de carácter agudo en los últimos tres meses                          | Ídem grupo 1                  |
| Antecedentes de trastornos de coagulación         | No presenta | No se admiten trastornos de coagulación que requieran tratamiento sustitutivo habitual.                                                    | Ídem grupo 1                  |
| Antecedentes de tratamiento anticoagulante        | No presenta | No se admiten aquellos casos en que se hayan producido descompensaciones en el último año que hubieran requerido de transfusión de plasma. | Ídem grupo 1                  |
| Antecedentes de transtornos no onco-hematológicos | No presenta |                                                                                                                                            |                               |
| Otro                                              | No presenta |                                                                                                                                            |                               |

#### Sistema Renal

|                   | Resultado   | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                            | Rango de Aprobación - Grupo 2     |
|-------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Nefropatía        | No presenta | No se permiten aquellas en las que, por su etiología, tratamiento o manifestaciones, puedan poner en peligro la conducción de vehículos. | Ídem grupo 1                      |
| Transplante renal | No presenta | No se admite el trasplante renal.                                                                                                        | No se admite el trasplante renal. |

#### Sistema respiratorio

|                      | Resultado   | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Rango de Aprobación - Grupo 2                                                           |
|----------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Disneas              | No presenta | No deben existir disneas permanentes en reposo o de esfuerzo leve.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | No se deben existir disneas o pequeños esfuerzos ni paroxísticos de cualquier etiología |
| Trastornos del sueño | No presenta | No se permiten el síndrome de apneas obstructivas del sueño, los trastornos relacionados con el mismo, ni otras causas de excesiva somnolencia diurna.                                                                                                                                                                                                                                      | Ídem grupo 1                                                                            |
| Otras afecciones     | No presenta | No deben existir trastornos pulmonares pleurales diafragmáticos y mediastínicos que determinen incapacidad funcional, valorándose el trastorno y la evolución de la enfermedad, teniendo especialmente en cuenta la existencia o posibilidad de aparición de crisis de disnea paroxística, dolor torácico intenso u otras alteraciones que puedan influir en la seguridad de la conducción. | Ídem grupo 1                                                                            |

#### Enfermedades metabólicas y Endocrinas

|                            | Resultado   | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                         | Rango de Aprobación - Grupo 2                                                                                                                                                                |
|----------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diabetes mellitus          | No presenta | No debe existir Diabetes mellitus que curse con inestabilidad metabólica severa que requiera asistencia hospitalaria.                                                                                 | No debe existir Diabetes mellitus que curse con inestabilidad metabólica severa que requiera asistencia hospitalaria, ni diabetes mellitus tratada con insulina o con antidiabéticos orales. |
| Cuadros de hipoglucemia    | No presenta | No deben existir, en el último año, cuadros repetidos de hipoglucemia aguda ni de alteraciones metabólicas que cursen con pérdida de conciencia.                                                      | Ídem grupo 1                                                                                                                                                                                 |
| Enfermedades tiroideas     | No presenta | No deben existir enfermedades paratiroideas que ocasionen incremento de excitabilidad o debilidad muscular, excepto si el interesado presenta informe favorable de un especialista en endocrinología. | No deben existir enfermedades paratiroideas que ocasionen incremento de excitabilidad o debilidad muscular.                                                                                  |
| Enfermedades paratiroideas | No presenta | No deben existir enfermedades paratiroideas que ocasionen incremento de excitabilidad o debilidad muscular, excepto si el interesado presenta informe favorable de un especialista en endocrinología. | No deben existir enfermedades paratiroideas que ocasionen incremento de excitabilidad o debilidad muscular.                                                                                  |
| Enfermedades adrenales     | No presenta | No se permite la enfermedad de Addison, el Síndrome de Cushing y la hiperfunción medular adrenal debida a feocromocitoma.                                                                             | No se admiten las enfermedades adrenales.                                                                                                                                                    |

#### Sistema nervioso y muscular

|                                                                       | Resultado   | Rango de Aprobación - Grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Rango de Aprobación - Grupo 2                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Enfermedades encefálicas, medulares y del sistema nervioso periférico | No presenta | No deben existir enfermedades del sistema nervioso central o periférico que produzcan pérdida o disminución grave de las funciones motoras, sensoriales o de coordinación, episodios sincopales, temblores de grandes oscilaciones, espasmos que produzcan movimientos amplios de cabeza, tronco o miembros ni temblores o espasmos que incidan involuntariamente en el control del vehículo. | Ídem grupo 1.                                                                                                                                                                                                                                         |
| Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías                   | No presenta | No se permiten cuando hayan aparecido crisis epilépticas convulsivas o crisis con pérdida de conciencia durante el último año.<br><br>En el caso de crisis durante el sueño, se deberá constatar que, al menos, ha transcurrido un año sólo con esta sintomatología.                                                                                                                          | Sólo se permiten cuando no han precisado tratamiento ni se han producido crisis durante los cinco últimos años.<br><br>En el caso de crisis durante el sueño, se deberá constatar que, al menos, ha transcurrido un año sólo con esta sintomatología. |

|                                 |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 |             | En el caso de tratarse de sacudidas mioclónicas que puedan afectar la seguridad de la conducción, deberá existir un período de por lo menos tres meses libre de sacudidas.<br><br>En el caso de antecedentes de trastorno convulsivo único no filiado o secundario o consumo de medicamentos o drogas o posquirúrgicos, se deberá acreditar, mediante informe neurológico, un periodo de por lo menos seis meses libre de crisis. | En el caso de tratarse de sacudidas mioclónicas que puedan afectar la seguridad de la conducción, deberá existir un período de por lo menos doce meses libre de sacudidas.<br><br>En el caso de antecedentes de trastorno convulsivo único no filiado o secundario o consumo de medicamentos o drogas posquirúrgicos, se deberá acreditar, mediante informe neurológico, un periodo de por lo menos doce meses libre de crisis. |
| Trastornos musculares           | No presenta | No deben existir trastornos musculares que produzcan deficiencia motora.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Ídem grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Accidente isquémico transitorio | No presenta | No se admite la presencia de ataque isquémicos transitorios hasta transcurridos al menos seis meses sin síntomas neurológicos. Los afectados deberán aportar informe favorable de una neurólogo en el que se haga constar la ausencia de secuelas neurológicas.                                                                                                                                                                   | Ídem grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Accidente isquémico recurrente  | No presenta | No deben existir accidentes isquémicos recurrentes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ídem grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Alteraciones del equilibrio     | No presenta | No deben existir alteraciones del equilibrio (vértigo, inestabilidad, mareo, vahído) permanentes, evolutivos o intensos, ya sean de origen otológico o de otro tipo.                                                                                                                                                                                                                                                              | Ídem grupo 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Impresión Diagnóstica  |                                                                                                                         |                                                                                    | Categoría                                                                                                  |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Concepto               | Candidato <b>apto</b> , cumple con los criterios de aprobación según la resolución 0217 de 2014, anexo I.               |                                                                                    | A2                                                                                                         |
| Observaciones          | CANDIDATO CUMPLE CON REQUISITOS EXGIDOS PARAMETROS DENTRO DE LA NORMALIDAD, APTO<br>03/03/2026 09:08 - 03/03/2026 09:12 |                                                                                    |                                                                                                            |
| Nombre Médico          | RM:                                                                                                                     | Firma                                                                              | Huella                                                                                                     |
| OCTAVIO PALOMINO ORTIZ | 9238308                                                                                                                 |  | <br>25/04/2025 11:57:08 |

CONCEPTO FINAL

|                                                                                                                                       |                                                                                                            |                                                                                      |                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Concepto Final                                                                                                                        |                                                                                                            |                                                                                      | Trámite - Categoría                                                                                          |
| Cumple con los criterios de aprobación de la resolución 0217 de 2014 anexo I Resolución 20223040030355 de 2022                        |                                                                                                            |                                                                                      | Refrendación A2                                                                                              |
| (Código) Restricciones - Observación                                                                                                  |                                                                                                            |                                                                                      |                                                                                                              |
| Observaciones / Vigencia                                                                                                              |                                                                                                            |                                                                                      |                                                                                                              |
| Limitaciones físicas progresivas                                                                                                      |                                                                                                            |                                                                                      | Fecha Vigencia                                                                                               |
| Nombre Certificador                                                                                                                   | RM:                                                                                                        | Firma                                                                                | Huella                                                                                                       |
| MARIA PEINADO GUERRERO                                                                                                                | 276168                                                                                                     |  | <br>25/04/2025 15:09:10 |
| Fecha de vencimiento                                                                                                                  |                                                                                                            | 30/08/2026 9:19:34                                                                   |                                                                                                              |
| Conforme a ley se da cumplimiento a la ley 527 acorde a la resolución 3100 Numeral 11.1.6 Estándares de Historia Clínica y Registros. |                                                                                                            |                                                                                      |                                                                                                              |
| NOTA                                                                                                                                  | Para mayor información con los rangos de aprobación, remitirse al documento Anexo resolución 0217 de 2014. |                                                                                      |                                                                                                              |