

		\$Comercio \$Acreditacion
CERTIFICADO NO. \$Anual	\$NormalSO \$AcreditacionOnac	\$Centro

Nit: \$Nit
 Dirección: \$Direccion
 Teléfono: \$Telefono
 Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS: \$Habilitacion
 Resolución de Habilitación de Ministerio de Transporte: \$Mintransporte

**CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ**

Examen No \$NumeroDeExamen **RUNT No:** \$NumeroRunt **Fecha de Expedición:** \$FechaExpedicion **Fecha Vencimiento:** \$FechaVencimiento

Nombre del Candidato: \$NombreCandidato
Ocupación: \$OcupacionCandidato
Dirección: \$DireccionCandidato

Fecha de nacimiento: \$FechaNacimiento

Documento: \$Documento
Teléfono: \$TelefonoCandidato
Gs/Rh: \$GrupoSangineo

El suscrito Profesional Certificador actuando en nombre y representación de la empresa **\$Comercio** propietaria del **\$Centro**

CERTIFICA ANTE LAS AUTORIDADES DE TRÁNSITO**ALCANCE TERRITORIAL**

El definido por el Ministerio de Transporte y publicado en el Registro Único Nacional de Transporte -RUNT- en el campo de Información Certificados Médicos/Organismo de Transito

1. Que el candidato solicitó ser evaluado y certificado conforme a nuestro esquema de certificación de la aptitud física, mental y coordinación motriz (desarrollado en apego a la Res. 0217:2014 del Ministerio de Transporte y sus anexos), bajo las siguientes características:

ALCANCE DE CERTIFICACION			
Grupo de Categorías	Categoría	Servicio	Tipo de Trámite
\$CertificacionGrupo	\$CertificacionCategoria	\$CertificacionServicio	\$CertificacionTramite

2. Que basado en la información del informe de evaluación de la aptitud física, mental y coordinación motriz" se verificó si los resultados obtenidos por el candidato dan cumplimiento a los criterios de aprobación del esquema de certificación y se encuentran dentro de los parámetros y límites establecidos en el anexo 1 de la Res. 0217:2014;

3. Que conforme a lo anterior se concluye que el candidato posee la aptitud física, mental y de coordinación motriz que se requiere para conducir un vehículo en los siguientes términos:

Categoría:	\$CertificacionCategoria
Resultado de proceso de certificación:	\$CertificacionResultado
Atestación de certificación:	\$CertificacionAtestacion
Restricciones, limitaciones u adaptaciones:	\$CertificacionRestricciones

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

Evaluación de Capacidad Visual, con Resultado	\$ResultadoVisual
Evaluación de Capacidad Auditiva, con Resultado	\$ResultadoAuditiva
Evaluación de Capacidad Mental y de Coordinación Motriz, con Resultado	\$ResultadoPsicologia
Evaluación de Capacidad Física General, con Resultado	\$ResultadoMedicoGeneral

Huellas



Izquierda

Derecha

Observaciones

\$ObservacioneCertificador

Firma del Evaluado



Firma

"Declaro bajo la gravedad de juramento, que he participado en todo el proceso de certificación de conductores y que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnóstico clínico, corresponden estrictamente apego a la verdad." Declaro que he recibido a conformidad el Certificado expedido por el Centro de Reconocimiento de Conductores y que no presentaré declaraciones relativas a la certificación diferentes del alcance para el cual se otorgó la certificación.

Vigencia del Certificado: \$DiasVigencia **Días Calendario**

Certificador
 \$NombreCertificador
No. Registro
 \$RegistroCertificador



Firma

Huella

Firma y Huella del Certificador

