

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD PSICOFÍSICA PARA TENENCIA Y PORTE DE ARMAS DE FUEGO LEY 1539/2012

No. 003647-16-01-2024

Solicitado por: FORTOX S.A.  
Objetivo de Certificación: Examen Vigilancia Seguridad Privada  
Fecha: 16/01/2024 10:33:11  
Nombre: LUIS EDUARDO ARIAS MORENO  
Dirección de Residencia: BARRIO EL PORVENIR  
Teléfono: 3201804605  
Lugar y Fecha de Nacimiento: PUEBLO NUEVO - 16/11/1995  
Cargo/Grado: Guardia de Seguridad  
Tipo Documento de Identidad: CC: X  
Número del Documento: 1063365418

Celular: 3209804605  
Género: M  
Ocult: PUERTO LIBERTADOR  
Expedido en:



RANGOS DE EVALUACIÓN  
RESOLUCIÓN No 2984 de JULIO 27 de 2007

CAPACIDAD MENTAL - PERSONALIDAD

| CAPACIDAD MENTAL Y PERSONALIDAD                      | PORTE CIVIL DE ARMAS |                  | SEGURIDAD PRIVADA Y FUERZAS ARMADAS |                  |
|------------------------------------------------------|----------------------|------------------|-------------------------------------|------------------|
|                                                      | PRESENTA ALTERACIÓN  | PARÁMETRO NORMAL | PRESENTA ALTERACIÓN                 | PARÁMETRO NORMAL |
|                                                      | (S/N)                | (S/N)            | (S/N)                               | (S/N)            |
| Retraso Mental                                       | -                    | -                | NO                                  | SI               |
| Trastornos de estado de Animo                        | -                    | -                | NO                                  | SI               |
| Trastornos de personalidad                           | -                    | -                | NO                                  | SI               |
| Trastornos disociativo                               | -                    | -                | NO                                  | SI               |
| Esquizofrenia y trastornos psicóticos                | -                    | -                | NO                                  | SI               |
| Demencia                                             | -                    | -                | NO                                  | SI               |
| Trastornos de sueño                                  | -                    | -                | NO                                  | SI               |
| Alcoholismo y dependencia al alcohol o psicotrópicos | -                    | -                | NO                                  | SI               |
| Otras patologías                                     | -                    | -                | NO                                  | SI               |
| Memoria General                                      | -                    | -                | NO                                  | SI               |
| Coficiente intelectual                               | -                    | -                | NO                                  | SI               |

PROFESIONALES DE LA SALUD QUE INTERVINIERON EN EL PROCESO:

Nombre:  
MARIA DEL CARMEN ALEANS CASTILLO

Firma

Registro Médico:  
169517

*Maria Alems*

PRUEBAS PSICOMOTRICES

| PRUEBAS PSICOMOTRICES |            | PORTE CIVIL DE ARMAS |                  | SEGURIDAD PRIVADA Y FUERZAS ARMADAS |                  |
|-----------------------|------------|----------------------|------------------|-------------------------------------|------------------|
|                       |            | PRESENTA ALTERACIÓN  | PARÁMETRO NORMAL | PRESENTA ALTERACIÓN                 | PARÁMETRO NORMAL |
|                       |            | (S/N)                | (S/N)            | (S/N)                               | (S/N)            |
| Atención              | TN         | -                    | -                | NO                                  | SI               |
|                       | NE         | -                    | -                | NO                                  | SI               |
|                       | TR         | -                    | -                | NO                                  | SI               |
| Velocidad             | NE         | -                    | -                | NO                                  | SI               |
|                       | Desviación | -                    | -                | NO                                  | SI               |
|                       | TE         | -                    | -                | NO                                  | SI               |
| Coordinación          | NE         | -                    | -                | NO                                  | SI               |
|                       | TE         | -                    | -                | NO                                  | SI               |

PROFESIONALES DE LA SALUD QUE INTERVINIERON EN EL PROCESO:

Nombre:  
MARIA DEL CARMEN ALEANS CASTILLO

Firma

Registro Médico:  
169517

*Maria Alems*

CAPACIDAD VISUAL

| CAPACIDAD VISUAL                      | RANGO                               | PORTE CIVIL DE ARMAS | SEGURIDAD PRIVADA Y FUERZAS ARMADAS |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|
|                                       |                                     | SE ADMITE (S/N)      | SE ADMITE (S/N)                     |
| Agudeza Visual Lejana (AV)            | AV $\geq$ 20/30                     | -                    | SI                                  |
| Agudeza Visual Cercana (AV)           | Min 0.75 M (20/40)                  | -                    | SI                                  |
| Campo Visual (CV)                     | $\geq$ 120°                         | -                    | SI                                  |
| Visión del Color                      | Sin alteraciones                    | -                    | SI                                  |
| Deslumbramiento o Saturación Luminosa | Sin alteraciones / Max 3 líneas AV  | -                    | SI                                  |
| Córnea                                | Según valoración                    | -                    | SI                                  |
| Retina                                | Según valoración                    | -                    | SI                                  |
| Cristalino                            | Según valoración                    | -                    | SI                                  |
| Órbita                                | Según valoración                    | -                    | SI                                  |
| Movilidad extrínseca                  | Según valoración                    | -                    | SI                                  |
| Afecciones traumáticas                | Según valoración                    | -                    | SI                                  |
| Fusión                                | Sin alteraciones                    | -                    | SI                                  |
| Estereopsis                           | Valores $\leq$ 40 seg de arco (80%) | -                    | SI                                  |
|                                       | Visión Monocular                    | -                    | SI                                  |
| Agudeza Visual Cinética               | $\geq$ 20/60                        | -                    | SI                                  |

PROFESIONALES DE LA SALUD QUE INTERVINIERON EN EL PROCESO:

Nombre:  
TATIANA WATSON CANTILLO

Firma

Registro Médico:  
40991348

*Tatiana Watson*



## RANGOS DE APROBACIÓN AUDITIVO

| RANGOS DE APROBACIÓN AUDITIVO | RANGO                                                        | PORTE CIVIL DE ARMAS<br>SE ADMITE (S/N) | SEGURIDAD PRIVADA Y FUERZAS ARMADAS<br>SE ADMITE (S/N) |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| Audición Bilateral            | PTA $\leq$ 25dB<br>Frecuencia de 4000 a 8000 Hz $\leq$ 55 dB | -                                       | SI                                                     |
|                               |                                                              | -                                       | SI                                                     |

## PROFESIONALES DE LA SALUD QUE INTERVINIERON EN EL PROCESO:

Nombre:  
VIVIANA PATRICIA VERGARA  
GONZALEZ

Firma:

Registro Médico:  
16-03560

## EVALUACIÓN MÉDICA

| SISTEMA CARDIOVASCULAR                                               |    | MOVILIDAD DE LA MANO                                 |    | SISTEMA RENAL                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------------|----|------------------------------------------------|----|
| Insuficiencia Cardíaca                                               | NO | Motilidad                                            | NO | Nefropatías                                    | NO |
| Trastornos del Ritmo                                                 | NO | Afecciones o anomalías progresivas                   | NO | Transplante renal                              | NO |
| Marcapasos y Delbrilador automático implantado                       | NO | TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS                             |    |                                                |    |
| Protesis valvulares cardíacas                                        | NO | Trastornos de coagulación                            | NO |                                                |    |
| Cardiopatía isquémica                                                | NO | Trastornos anticoagulante                            | NO |                                                |    |
| Hipertensión arterial                                                | NO | SISTEMA RESPIRATORIO                                 |    | TRASTORNOS CON SUSTANCIAS PSICÓPICAS Y ALCOHOL |    |
| Aneurisma de grandes vasos                                           | NO | Disnea                                               | NO | Abusos de alcohol                              | NO |
| SISTEMAS NERVIOSO Y MUSCULAR                                         |    | Trastornos del sueño                                 | NO | Dependencia del alcohol                        | NO |
| Enfermedades encefálicas medulares y del sistema nervioso periférico | NO | Otras afecciones                                     | NO | Consumo habitual de drogas y medicamentos      | NO |
| Epilepsias y crisis convulsivas de otras etiologías                  | NO | Diabetes mellitus                                    | NO | Abuso de drogas y medicamentos                 | NO |
| Alteraciones del equilibrio                                          | NO |                                                      |    | Dependencia de drogas y medicamentos           | NO |
| Accidente isquémico transitorio                                      | NO |                                                      |    |                                                |    |
| Accidente isquémico recurrente                                       | NO |                                                      |    |                                                |    |
| PORTE CIVIL DE ARMAS                                                 |    | SEGURIDAD PRIVADA Y FUERZAS ARMADAS                  |    |                                                |    |
| SE AJUSTA A LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN MÉDICA (S/N)                 |    | SE AJUSTA A LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN MÉDICA (S/N) |    |                                                |    |
|                                                                      |    | SI                                                   |    |                                                |    |

## PROFESIONALES DE LA SALUD QUE INTERVINIERON EN EL PROCESO:

Nombre:  
JESUS DAVID CONTRERAS ALVAREZ

Firma:

Registro Médico:  
1067899170

## PROFESIONALES DE LA SALUD QUE INTERVINIERON EN EL PROCESO:

Nombre:  
JESUS DAVID CONTRERAS ALVAREZ

Firma:

Registro Médico:  
1067899170

Nombre:  
VIVIANA PATRICIA VERGARA  
GONZALEZ

Firma:

Registro Médico:  
16-03560

Nombre:  
MARIA DEL CARMEN ALEANS CASTILLO

Firma:

Registro Médico:  
169517

Nombre:  
TATIANA WATSON CANTILLO

Firma:

Registro Médico:  
40991348

APTO ☒

NO APTO

## PROFESIONAL QUE EN REPRESENTACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EXPIDE EL PRESENTE CERTIFICADO DE APTITUD PSICOFÍSICA:

Nombre:  
MAURICIO JOSÉ BAUTISTA  
CARTUSCIELLO

Firma:

Registro Médico:  
1022

Nombre del Usuario:

LUIS EDUARDO ARIAS MORENO

Firma del Usuario:

Luis Arias

Identificación:

1063365418

## IDENTIFICACIÓN BIOMÉTRICA DEL USUARIO



Índice Izquierdo



Índice Derecho

VIGENCIA (MÁXIMO HASTA 1 AÑO) EXPEDIDO: 2024-01-16

VENCE: 2025-01-16

Declaro haber suministrado en forma cierta y veraz la información necesaria para la realización de los exámenes de aptitud psicofísica y asumo la responsabilidad de las consecuencias que se generen como resultado de tal información.

## Observaciones:

1. El buen uso de este documento es responsabilidad exclusiva de la persona certificada, que declara expresamente y bajo juramento no utilizarlo ni emplearlo en fines ficticios, fraudulentos o para fines distintos al objeto de esta certificación.
2. La información contenida en este documento ni las fechas podrán ser cambiadas, modificadas, adulteradas, o suplantadas. El uso indebido dará lugar a las acciones y sanciones legales correspondientes.
3. El presente documento deberá ser renovado, una vez vencido el límite máximo de vigencia que es de un 1 año contados a partir de la fecha de su expedición.
4. La información obtenida por la institución con ocasión de la realización de las pruebas gozará de la reserva y confidencialidad correspondiente, salvo de las excepciones legales y/o cuando sean requeridos por autoridades o instituciones competentes.
5. El presente certificado deberá ser registrado en la base de datos del Ministerio de Defensa Nacional - Departamento de Control Comercio de Armas, Municiones y explosivos, así como en la base de datos de la Dirección General de Sanidad Militar en los términos señalados en el Decreto 2858 de 2007 o normas que lo modifiquen.
6. El presente Certificado es válido para los fines previstos en el artículo de la ley 1119 de 2006, Decreto 2858 de 2007 y la ley 1539 de 2012.
7. En caso de pérdida de este documento el usuario deberá de manera inmediata instaurar la respectiva denuncia ante las autoridades correspondientes e informar a la institución para que se proceda a expedir un nuevo Certificado.