

Apreciado solicitante, le damos la bienvenida a nuestro organismo de certificación CALERMEDIC O.C.P., usted aplicará a una serie de evaluaciones para, de acuerdo a los resultados, obtener el CERTIFICADO DE APTITUD FÍSICA, MENTAL Y DE COORDINACIÓN MOTRIZ de acuerdo a los criterios definidos en el Anexo I de la Resolución 0217 de 2014 del MinTransporte: *“Rangos de Evaluación de las Aptitudes Físicas, Mentales y de Coordinación Motriz requeridas para obtener por primera vez, recategorizar y/o refrendar la licencia de conducción”*, esta información la podrá consultar en el tablero informativo ubicado en la Sala de espera junto con aquella relacionada con los Derechos y deberes, Esquema de certificación, Procedimientos y Políticas, Criterios para la certificación inicial, entre otros. Además, todo nuestro personal estará en disposición de solucionar y responder sus inquietudes al respecto. Le informamos que usted tendrá derecho a solicitar la repetición de su examen en una ÚNICA oportunidad debiendo notificar esta solicitud justificada al profesional examinador del área de evaluación quien deberá seguir los lineamientos del procedimiento de Prestación del Servicio. Recuerde que la certificación que le será expedida tiene una vigencia de 180 días calendario. En caso de que algún evaluador tenga dudas sobre los resultados de alguno de los factores evaluados, o que se evidencie en la entrevista médica, cuya condición limite a la persona para conducir, el profesional de la salud del área respectiva podrá solicitar al aspirante aportar pruebas adicionales de especialistas o del médico tratante del examinado que sirvan de apoyo a su diagnóstico. El Aspirante tiene un plazo máximo de 60 días calendario para presentar estos soportes al Centro de reconocimiento de conductores, sin generar algún costo adicional. Pasado este tiempo si el candidato no se presenta con los soportes, tendrá que someterse de nuevo al proceso de certificación y deberá cancelar el costo del examen nuevamente. De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación por favor autorice aquí \_\_\_\_ (solo en caso de recategorización hacia abajo).

CONDICIONES PARA INGRESAR AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN:

- Cumplir con:
1. Documento de identidad original

2. Edad: 16 años cumplidos para servicio particular y 18 años cumplidos para servicio público.

3. Saber leer y escribir.

4. Diligenciamiento de la solicitud.

5. Estar inscrito en el RUNT.

Cumple

SI

NO

Verificado por: \_\_\_\_\_

- A1- Para la conducción de motocicletas con cilindrada hasta de 125 C.C
- A2- Para la conducción de motocicletas y motociclos y moto triciclos.
- B1- Para la conducción de automóviles, motocarros, cuatrimotos, camperos y microbuses de servicio particular.
- B2- Para la conducción de camiones rígidos, busetas y buses de servicio particular.
- B3- Para la conducción de vehículos articulados de servicio particular.
- C1- Para la conducción de automóviles, camperos, camionetas y microbuses de servicio público.
- C2- Para la conducción de camiones rígidos, busetas y buses de servicio público.
- C3- Para la conducción de vehículos articulados de servicio público.

Por favor diligencie completamente la siguiente solicitud de acuerdo con la información anterior:

FECHA Y HORA DE PRESENTACION DEL EXAMEN:

1/07/2025 2:15:21 p. m.

ALCANCE DE LA CERTIFICACIÓN SOLICITADA:	TRÁMITE	CATEGORÍA MOTO	CATEGORÍA CARRO
	Primera vez	A1	
	Refrendación		B3
	RECATEGORIZACIÓN	A LICENCIA	

NOMBRES Y APELLIDOS: CLAUDIA VALENTINA FLOREZ LOPEZ		EDAD: 51 Años	GÉNERO:	Femenino
TIPO DE DOCUMENTO:	Cédula	FECHA DE NACIMIENTO: 2000-10-10		
NÚMERO DE DOCUMENTO: 90000000		DE: LA CALERA		
NACIONALIDAD: Colombiano		GRUPO SANGUÍNEO / RH: A+	ESTADO CIVIL: SOLTERA	
EPS: POLICIA NACIONAL		TIPO DE VINCULACIÓN:	Contributivo	
LUGAR DE RESIDENCIA: BOGOTA, D.C.		TELÉFONO: 3132315038	OCUPACIÓN: ABOGADA	
ESCOLARIDAD:	Técnico			
DIRECCIÓN: CRA 9 9-17		CORREO ELECTRÓNICO: bestiben.giraldol@javeriana.edu.co		
EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:			TELÉFONO:	
ACOMPañANTE (Solo menores edad):		PARENTESCO:		

1. APERTURA DE EXPEDIENTE / SOLICITUD

POR FAVOR RESPONDA:

USTED UTILIZA:	LENTES CORRECTIVOS	Sí	AUDÍFONOS	Sí	PRÓTESIS	Sí	MARCAPASOS	Sí
CONSUME MEDICAMENTO(S)	Sí	¿Cuál(es)?						
LE HAN HECHO CIRUGÍAS	Sí	¿Cuál(es)?						
CONSUME ALCOHOL	Frecuentemente	HA ESTADO EN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO/PSIQUIÁTRICO	Sí					


DECLARACIONES DEL SOLICITANTE PARA ACCEDER AL SERVICIO DE CERTIFICACIÓN DE PERSONAS: El solicitante, identificado como aparece al pie de su correspondiente firma, se obliga a cumplir con las siguientes disposiciones especiales previo a la aplicación del esquema de certificación: A. Declaro bajo la gravedad de juramento que he suministrado la información personal y de mis aptitudes físicas en total apego a la verdad. B. Acepto cumplir con los requisitos para ser evaluado(a), y proporcionar toda la información adicional necesaria acerca de mi estado de salud. C. Declaro conocer mis derechos y deberes, detalle del proceso de evaluación y demás información necesaria previo a la aplicación del esquema. D. Declaro que he tomado la decisión de aplicar voluntariamente al proceso de certificación sin que existiese coacción, imposición o exigencia de ninguna persona o estamento para hacerlo. E. Declaro conocer el esquema de certificación del organismo y aceptó aplicar al proceso de evaluación descrito e informado con anticipación. F. Declaro conocer los requisitos para salvaguardar la imparcialidad del proceso de evaluación y cumplirlos en su totalidad. G. Acepto mediante este documento la vinculación contractual para aplicar el proceso y sus implicaciones legales y jurídicas. H. Autorizó entregar la información del certificado de aptitud física, mental, y de coordinación motriz a las entidades que designe el Ministerio de Transporte según la resolución 217 de 2014.

LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES: Al firmar el presente documento el usuario faculta a CALERMEDIC O.C.P. para que dé a sus datos recopilados durante todo el proceso de certificación el tratamiento señalado en la POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD del organismo, la cual incluye, entre otras, conservar datos en la medida en que ésta sea necesaria para demostrar el estado de una persona evaluada y/o certificada para efectos de trazabilidad y asegurar el desarrollo efectivo de las actividades de certificación, o bien por exigencias de ley. El titular de los datos podrá, en cualquier momento solicitar que la información sea modificada, actualizada o retirada de las bases de datos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CONSULTA EXTERNA: Yo CLAUDIA VALENTINA FLOREZ LOPEZ Identificado(a) con Cédula número 90000000 declaro en pleno uso de mis facultades mentales, que he recibido una explicación y descripción clara y en lenguaje sencillo sobre el servicio de Consulta Externa que voy a recibir, mediante la cual los Profesionales de la Salud, haciendo uso de sus herramientas, harán una valoración de mi estado de salud , física, mental y de coordinación motriz por medio de las evaluaciones de Optometría, Psicología, Fonoaudiología y Medicina General, con miras a obtener un concepto de cumplimiento o no cumplimiento para obtener la licencia de conducción y el cual no genera riesgos que afecten mi estado físico. He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente sobre el servicio de consulta externa. Por la presente doy mi consentimiento informado para mi atención medica de salud.

Espacio para ser diligenciado por el funcionario del organismo de certificación:

EL SOLICITANTE CUMPLIO CON LOS PRERREQUISITOS PARA SER ADMITIDO AL PROCESO DE CERTIFICACION.	SI	NO
EL ORGANISMO ESTA EN CONDICIONES DE PRESTAR EL SERVICIO DE CERTIFICACION SEGUN EL ALCANCE SOLICITADO.	SI	NO

 Organismo Certificador de Personas	<b>HOJA DE RUTA ELECTRONICA: PROCESO DE SOLICITUD, EVALUACIÓN Y CERTIFICACIÓN</b>	<b>FO-PS-01</b> Versión: 01 Fecha: 2023-05-01 Pagina 2 de 2
--	---	--

NECESIDADES ESPECIALES:	TRADUCTOR	SOLICITANTE EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	MUJER EN ESTADO DE EMBARAZO	ADULTO MAYOR	MOVILIDAD REDUCIDA
-------------------------	-----------	--	-----------------------------	--------------	--------------------

FIRMAS:

EN REPRESENTACIÓN DE CALERMEDIC O.C.P.:	EL SOLICITANTE:
	Documento de identidad:

2. PROCESO DE EVALUACIÓN

OPTOMETRÍA									
VALORACIÓN DE CRITERIOS					OBSERVACIONES GENERALES:				
¿UTILIZA CORRECCIÓN?		SI	NO						
RESTRICCIÓN / LIMITACIÓN		SI	NO						
CUMPLIÓ CON LOS CRITERIOS		SI	NO						
OFTALMOSCOPIA		NORMAL	ANORMAL						
DURACIÓN DE LA VIGENCIA:					INTENTOS DE EXAMEN:	1	2	FIRMA Y SELLO OPTÓMETRA	
FONOAUDIOLOGÍA									
VALORACIÓN DE CRITERIOS					OBSERVACIONES GENERALES:				
¿UTILIZA CORRECCIÓN?		SI	NO						
RESTRICCIÓN / LIMITACIÓN		SI	NO						
CUMPLIÓ CON LOS CRITERIOS		SI	NO						
OTOSCOPIA		NORMAL	ANORMAL						
DURACIÓN DE LA VIGENCIA:					INTENTOS DE EXAMEN:	1	2	FIRMA Y SELLO FONOAUDÍLOGO(A)	
PSICOLOGÍA									
VALORACIÓN DE CRITERIOS					OBSERVACIONES GENERALES:				
RESTRICCIÓN / LIMITACIÓN		SI	NO						
CUMPLIÓ CON LOS CRITERIOS		SI	NO						
PERSONALIDAD/CONDUCTA		NORMAL	ANORMAL						
ADICCIONES		NORMAL	ANORMAL						
DURACIÓN DE LA VIGENCIA:					INTENTOS DE EXAMEN:	1	2	FIRMA Y SELLO PSICÓLOGO(A)	
MEDICINA GENERAL									
VALORACIÓN DE CRITERIOS					OBSERVACIONES GENERALES:				
RESTRICCIÓN / LIMITACIÓN		SI	NO						
CUMPLIÓ CON LOS CRITERIOS		SI	NO						
EXAMEN FÍSICO:									
TALLA	PESO	FC	FR	TA					
DURACIÓN DE LA VIGENCIA:					INTENTOS DE EXAMEN:	1	2	FIRMA Y SELLO MÉDICO (A) GENERAL	

3. DECISIÓN DE CERTIFICACIÓN

El candidato cumplió con los requisitos de conformidad del proceso de Examen para cada área de evaluación:				SI	NO
El candidato cumplió con los requisitos del esquema de certificación para recibir certificado de conformidad:				SI	NO
El candidato es certificable con las siguientes restricciones, limitaciones y/o vigencia:					
Fecha de emisión del certificado: D M A				FIRMA Y SELLO PROFESIONAL CERTIFICADOR(A):	
Numero de certificado interno:					
RUNT:		RUNT 2 (Si aplica):			

DECLARACIONES DE LA PERSONA CERTIFICADA					
A. Me declaro conforme respecto a los resultados de las evaluaciones y la información consignada en el certificado recibido.					
B. Acepto las condiciones de uso del certificado y acato desde ya hacer declaraciones relativas a la certificación sólo con respecto al alcance otorgado y no utilizar el certificado de manera que pueda inducir al engaño.					
C. Declaro no divulgar información confidencial acerca de mi proceso de evaluación y no utilizar de manera engañosa y fraudulenta el certificado recibido.					
D. Acepto no utilizar el certificado de modo que pueda dañar la reputación del organismo de certificación CALERMEDIC O.C.P.					
E. Acepto no emitir ninguna declaración relativa a la certificación que se pueda considerar engañosa o no autorizada.					
F. Acepto desde ya que si el certificado recibido es suspendido o retirado no haré declaraciones relativas a la certificación que contengan referencias al organismo CALERMEDIC O.C.P. o a la certificación misma y devolveré el certificado recibido de manera oportuna.					
G. Me comprometo a informar oportunamente a CALERMEDIC O.C.P. sobre algún tipo de cambio de mi estado de salud y/o aptitudes físicas que puedan afectar la certificación recibida.					
H. Autorizo a CALERMEDIC O.C.P. a suministrar la información de los resultados de mi proceso de evaluación y certificación cuando una autoridad competente y debidamente autorizada lo solicite.					
I. Acepto desde ya que este documento presta mérito ejecutivo y que será utilizado como tal para efectos jurídicos y legales.					
NOMBRES Y APELLIDOS: CLAUDIA VALENTINA FLOREZ LOPEZ				FIRMA:	
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 90000000					