

CONTROL DE CAMBIOS		
VERSION	FECHA	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
1	2021-08-02	Creación del documento
2	2022-12-09	Se incluye casilla de correo electrónico, ocupación y datos de acompañante / responsable, conforme a información solicitada en el módulo de registro de SISEC INTEGRAL Se elimina espacio de FACTURA, teniendo en cuenta que por facturación electrónica esta información no se conoce al momento del registro Se incluye casillas de EPS y TIPO DE AFILIACION (Cotizante/ Beneficiario) Se incluye casillas de ESTADO CIVIL (Soltero/Casado/Separado/Unión Libre/Divorciado/Viudo) Se divide registro de acompañante y responsable y se incluye referencia nombre y apellido Se reubica espacio de validación por parte de recepción, incluyendo especificación de cumplimiento de prerrequisitos Se modifica espacio de firma, eliminando diligenciamiento de documento de identidad, teniendo en cuenta que fue diligenciado en sección de solicitud
3	2023-01-13	Se incluye tabla de registro de idioma, discapacidad y ayudas auditivas Se modifica tabla de registro de alcance
4	2023-08-24	Se incluye referencia reglamentaria Resolución 20223040030355

ELABORADO POR		APROBADO POR	
Nombre:	Ingrid Lombana	Nombre:	Luis Angulo
Cargo:	Coordinadora de Calidad	Cargo:	Gerente

Fecha de Solicitud		No. Certificado							
Nombres y Apellidos del Solicitante									
Documento	C.C.	T.T.	C.E.	Otro	No.	Sexo	M	F	
Fecha Nacimiento		DÍA	MES	AÑO		Teléfono fijo o celular			
Dirección de residencia				Ciudad de residencia					
Correo electrónico				Ocupación					
EPS				Tipo de vinculación		Cotizante		Beneficiario	
Escolaridad		Sin academia	Primaria	Secundaria	Profesional	Postgrado	Otros		
Estado civil		Soltero	Casado	Separado	Unión Libre	Divorciado	Viudo		
Nombre y apellido de Responsable (en caso de emergencia)									
Nombre y apellido de acompañante (menor de edad)									
Parentesco acompañante / responsable				Teléfono fijo o celular					

HABLA ESPAÑOL	SI	NO	OTRO IDIOMA ¿Cuál?	¿Tiene alguna discapacidad, cual?	USO DE AYUDA	LENTES			SI			NO		
						AUDIFONO			SI			NO		
						PROTESIS			SI			NO		
Trámite # 1	Primera vez		Refrendación	Recategorización	Categoría	A1	A2	B1	B2	B3	C1	C2	C3	
Trámite # 2	Primera vez		Refrendación	Recategorización	Categoría	A1	A2	B1	B2	B3	C1	C2	C3	

CONDICIONES PARA INGRESAR AL PROCESO DE CERTIFICACIÓN

1. He leído, los **Requisitos de Certificación** (publicado en cartelera) y acepto los requisitos establecidos en cuanto al proceso de certificación, los requisitos de certificación, los derechos de los aspirantes, y los deberes de las personas certificadas, incluyendo las políticas de uso del certificado.
2. Entiendo que el procedimiento para obtener el **Certificado de Aptitud física, mental y de coordinación motriz** está reglamentado en el esquema de certificación definido por el Ministerio de Transporte (Resolución 217/14 y Resolución 20223040030355), los cuales establecen los rangos de aprobación con los cuales se determinará mi aptitud física, mental y de coordinación motriz.
3. Estoy completamente de acuerdo en que me realicen entrevistas, exploraciones y valoraciones que permitan determinar mi aptitud física, mental y de coordinación motriz.
4. Declaro que la información a suministrar es cierta y completa, y que no desfiguraré la verdad, ni ocultare la existencia de enfermedades, y que exoneró a la organización de las consecuencias que se generen como consecuencia de la información incompleta suministrada.
5. Acepto que, en el caso de requerir el aporte de **Soportes de evaluación y diagnóstico**, procederé a realizar las valoraciones solicitadas, con instituciones clínicas públicas, privadas o particulares, para cooperar ágilmente con el proceso de expedición del Certificado, antes de sesenta (60) días.
6. Entiendo que el proceso de certificación genera la entrega de un certificado, siempre y cuando cumpla los criterios de certificación, y que este proceso no es parte de un tratamiento, ni recibiré medicamento alguno para tratamientos de patologías.
7. Entiendo que el pago del servicio es para que se me determine la aptitud psicosenométrica de acuerdo con la reglamentación vigente (Resolución 217/14 y Resolución 20223040030355), y que por lo tanto no se me garantiza la obtención del **Certificado de Aptitud física, mental y de coordinación motriz**, ni abra devolución de dinero en ninguna circunstancia.
8. Por medio de mi firma me comprometo a no divulgar información confidencial del proceso de evaluación, a no tomar prácticas fraudulentas al momento de la realización del examen, a cumplir las políticas de uso de certificado, y a informar al organismo cualquier cambio en el estado de certificación que pueda afectar mi capacidad física, mental y de coordinación motriz, dentro de la vigencia del certificado.
9. Autorizo a la organización, a que la información de mi evaluación (historia clínica) y mis datos personales, confidenciales y sensibles, sean mantenidos, procesados, examinados, verificados y custodiados por el Centro de Reconocimiento de Conductores a través del Comité de Historias Clínicas, por el Sistema de Control y vigilancia y/o Sistema Integrado de Seguridad, y organismos estatales interesados en el proceso de certificación, y sus integrantes o participantes, de acuerdo a lo establecido en la Ley de Protección de Datos (1581/12).

ATENCION DE CANDIDATOS REMITIDOS

En caso que algún profesional evaluado tenga dudas en los resultados de algunos de los factores evaluados, o que se evidencien en la entrevista medica, 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 diagnostico. El aspirante tiene un plazo máximo de 60 días calendario para presentar estos soportes al Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR sin generar algún costo adicional. Pasado este tiempo y 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.

Si a usted como evaluado, se le evidencian las alteraciones físicas, mentales o de coordinación motriz que le impidan obtener su certificación, podrá conducir con restricciones según la Resolución 217/14 y Resolución 20223040030355, teniendo como base lo estipulado y señalado en el anexo N°1 de la mencionada resolución, y se entregaran certificados con restricciones, el cual puede ser consultado en la página del RUNT.

DERECHOS

(Basados en la resolución 13437 de 1991 del Ministerio de Protección Social que habla de los derechos de los pacientes)

- A presentar la evaluación que requiera, sin discriminación por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social.
- Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presenten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.
- Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas o culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a los procedimientos que se le vayan a practicar. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de minoría de edad consentan o rachasen estos procedimientos, dejando expresa constancia, preferiblemente escrita de su decisión.
- Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias o costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.
- Su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que solo con su autorización, puedan ser conocidos.
- Su derecho a revisar y recibir explicaciones a cerca de los costos por el servicio obtenido.
- Su derecho a apelar la decisión de certificación que tomo el Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR.
- Su derecho a quejarse ante situaciones que considere de índole personal y vulnere su condición de candidato.
- El trato ofrecido dentro del Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR debe ser imparcial.
- La decisión del proceso de certificación debe ser tomada con base a la información recolectada.

DEBERES

Todo aspirante/candidato debe cumplir con

- Colaborar con el cumplimiento de normas e instrucciones del Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR
- Tratar con respecto y dignidad a las personas que lo atienden, a los aspirantes/candidatos y a las demás personas que se encuentren en las instalaciones.
- Respetar la intimidad de los demás.
- Cuidar y hacer uso racional de los recursos, instalaciones, dotación y servicios del Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR
- Informar de forma oportuna los hechos dolorosos que perciba durante su permanencia en esta institución.
- Dar información oportuna, clara, veraz y completa de las circunstancias relacionadas con su estado de salud y de los hechos o situaciones causantes de su deterioro, para que la institución pueda brindarle el servicio apropiado.
- Expresar por escrito su voluntad, en caso de no aceptar el o los resultado(s) de las evaluaciones que se utilizaron para establecer para establecer su aptitud física, mental y de coordinación motriz.
- Utilizar los servicios de atención al usuario y calidad de servicio, para las quejas y apelaciones.
- Acatar los criterios de ingreso y egreso.
- Cancelar de forma oportunidad y/o facilitar el pago de los servicios.
- No utilizar la certificación obtenida con fines engañosos o no autorizados, que puedan llevar al desprestigio del Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR.
- No utilizar el nombre del Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR para fines engañosos o no autorizados, si la certificación obtenida es retirada o suspendida. Es necesario devolver a la sede los soportes físicos generados como resultado de la certificación.
- Durante todas las evaluaciones, el aspirante deberá tener un total apego a la verdad en la información suministrada a los profesionales de la salud.

Para ingresar al proceso de certificación, deberá conocer y firmar el presente documento, en caso contrario no será admitido en el proceso.

BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO declaro al Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR que la información suministrada a los facultativos durante todas las exploraciones y en la entrevista de antecedentes referidos al historial médico o diagnostico corresponden estrictamente a la verdad.

Igualmente declaro que vengo a realizarme las pruebas exigidas por la legislación colombiana libremente en este Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR.

Entiendo que el proceso de evaluación independiente del resultado obtenido para certificación genera honorarios y que en ningún caso el Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR tiene la obligación de realizar devolución de dineros después de la prestación del servicio.

Autorizo a entregar la información del certificado de aptitud física, mental y de coordinación motriz a las entidades que lo requieran según la Resolución 217/14 y Resolución 20223040030355; como usuario doy fe de cumplir con los requisitos para acceder al sistema de evaluación del Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR.

Finalmente autorizo al Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR a utilizar la información suministrada durante mi proceso de evaluación para generar datos estadísticos. Manifiesto que el Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR proporciono la descripción vigente y detallada del proceso de certificación, incluida las tarifas, los documentos que contienen los requisitos para la certificación, los derechos y deberes de los pacientes.

Conozco y acepto las anteriores disposiciones. Mediante la firma del presente documento doy fe de cumplimiento de los requisitos y condiciones mencionados en él y aquellos que se den durante el proceso de certificación del Centro de Reconocimiento de Conductores TECNOLOGÍA PSICONSENCOMETRICA SAS - CERECSA IPS VALLEDUPAR.

FIRMA

Espacio de verificación por parte de área de RECEPCIÓN – Revisión de Prerrequisitos	
El Candidato cumple prerrequisitos SI ____ NO ____	Observaciones:
El CRC puede prestar el servicio SI ____ NO ____	
Verificado por:	