

REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS

Si conoce algún dato dígtelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES	
NIT/CC	80086785 - <input type="text"/>					
Naturaleza Jurídica	<input type="text"/>					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR						
Código del Prestador	<input type="text"/> - <input type="text"/> Clase de Prestador <input type="text"/>					
Empresa Social del Estado	<input type="text"/> Nivel Atención Prestador <input type="text"/> Carácter Territorial <input type="text"/>					
DATOS DE LA SEDE						
Departamento	<input type="text"/> Municipio <input type="text"/>					
Código de la Sede	<input type="text"/> - <input type="text"/>					
Nombre de la Sede	<input type="text"/>					
SERVICIO						
Grupo	<input type="text"/> Número Distintivo de Habilitación del Servicio <input type="text"/>					
Servicio	<input type="text"/>					
Horarios	<input type="text"/>					
Modalidades	<input type="text"/>					
Especificidades	<input type="text"/>					
Complejidad	<input type="text"/>					
Fecha apertura del servicio	<input type="text"/> AAAAMMDD. AAAA: Año; MM: Mes; DD:Día.					
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: miércoles 19 de febrero de 2025 (2:34 p.m.)						
<div> Excel  Word  Texto <input type="text"/></div>						
(2) registros encontrados.						
1						
Departamento	Municipio	Código Sede Prestador	Sede	Nombre Sede Prestador	Servicio	Distintivo
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100133843	01	CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA	328 -MEDICINA GENERAL	
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100133843	01	CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	
1						



**Dr CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA**  
Médico Esp SST Reg habilitación: **110013384301** NIT: **80086785**  
**Prestador Independiente consulta ext. Intramural**  
**Telemedicina Secretaria de Salud de Bogotá**  
**Dirección:** Calle 127 # 19A - 44 Consultorio 609  
**Cel:** 313 218 4279  
**www.carlosbernal.co**



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

**N° 29.873**

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
19	02	2025	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO					
DÍA	MES	AÑO	Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES					
Nombre de la empresa				Empresa en misión					
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)									
BUSTOS BETANCOURT ANGELA XIMENA				Genero		Edad		Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO		24 AÑOS 9 MESES 8 DÍAS		CC	
				Teléfonos		Tipo		Número	
Cargos									
INTERPRETE DE LENGUA DE SEÑAS									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)									
Observaciones: NO APLICA									
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)								N/A	
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO		RECOMENDACIONES			
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA		NO APLICA			
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:									
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				✓				-----	
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES				HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL ANUAL				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL				HABITOS SALUDABLES	
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
<p>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.</p>									
Médico				Aspirante o Trabajador					
									
Firma:				Código de Seguridad				Firma:	
Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO				S367Y1E29873				Nombre: BUSTOS BETANCOURT ANGELA XIMENA	
R. M.: 86140 -2010				L.S.O.: 5128				CC: 1000853734	



REGISTRO ACTUAL - PRESTADORES

Si conoce algún dato digítelo para hacer más específica la consulta, de lo contrario de clic en **Buscar** para ver todos los registros.

Formulario que permite la **CONSULTA** en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS.

PRESTADORES	SEDES	SERVICIOS	CAPACIDAD	MEDIDAS DE SEGURIDAD	SANCIONES
Nit:NI					
Cédula ciudadanía:CC <input type="text" value="CC"/> <input type="text" value="80086785"/> - <input type="text"/>					
Cédula extranjería:CE					
Naturaleza Jurídica <input type="text" value="Privada"/> <input type="button" value="▼"/> <input type="button" value="Prestadores acreditados en salud"/>					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR					
Departamento <input type="text" value="Bogotá D.C."/> <input type="button" value="▼"/> Municipio <input type="text" value="BOGOTÁ"/> <input type="button" value="▼"/>					
Código de Prestador <input type="text" value="1100133843"/> - <input type="text" value="01"/>					
Nombre del Prestador <input type="text" value="CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA"/>					
Clase de Prestador <input type="text" value="Profesional Independiente"/> <input type="button" value="▼"/> Empresa Social del Estado <input type="button" value="▼"/>					
Dirección <input type="text" value="AC 127 # 19 A 44/62 Edificio Acomedica II CS 609"/>					
Teléfono(s) <input type="text" value="7457587-312 454 8354"/>					
Fax <input type="text"/>					
Correo Electrónico <input type="text" value="carlosbernal3@gmail.com"/>					
Razón Social <input type="text" value="CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA"/>					
Representante Legal <input type="text"/>					
Nivel Atención Prestador <input type="button" value="▼"/> Carácter Territorial <input type="button" value="▼"/>					
Fecha de Inscripción <input type="text" value="20180828"/> Fecha de Vencimiento <input type="text" value="20250430"/>					

Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: **miércoles 19 de febrero de 2025 (2:17 p.m.)**

