



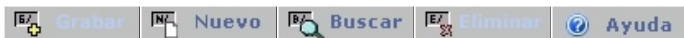
Dr CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA
Médico Esp SST Reg habilitación: **110013384301** NIT: **80086785**
Prestador Independiente consulta ext. Intramural
Telemedicina Secretaria de Salud de Bogotá
Dirección: Calle 127 # 19A - 44 Consultorio 609
Cel: 313 218 4279
www.carlosbernal.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 29.377

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL | | | |
|--|------------------|--------------------------------------|---|--|--|--|---------------------------|
| 28 DÍA | 01 MES | 2025 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO | | | |
| 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) | | | | | | | |
| PINEDA KERGUELEN MARIA VICTORIA Apellidos y Nombres | | | | Genero FEMENINO | Edad 44 AÑOS 8 MESES 24 DÍAS | Documento de Identificación CC Tipo | 52865247 Número |
| Cargos CONTRATISTA | | | | | | | |
| 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 | | |
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO : OPTOMETRIA ANUAL | | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | | | HABITOS SALUDABLES | | |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGUN FORMULA OPTOMETRICA | | | | | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA : 30 MINUTOS DIARIOS | | |
| VALORACIÓN POR EPS : VALORACION POR MEDICINA GENERAL ANUAL PREVENTIVA | | | | | | | |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES | | | | | | | |
| 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. | | | | | | | |
| Médico | | | | Aspirante o Trabajador | | | |
| Firma: <u>Diana Marcela Gil R</u> | | | | Firma: <u>MARIA VICTORIA PINEDA KERGUELEN (27 ene. 2025 15:46 EST)</u> | | | |
| Nombre: <u>GIL RAMIREZ DIANA MARCELA</u> | | | | Nombre: <u>PINEDA KERGUELEN MARIA VICTORIA</u> | | | |
| R. M.: 86114-2010 | | L.S.O.: 0683 | | Código de Seguridad B367H1N29377 | | CC: 52865247 | |

**REGISTRO ACTUAL - SERVICIOS**

Si conoce algún dato dígitelo 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 | <input type="text" value="80086785"/> - <input type="text"/> | | | | |
| Naturaleza Jurídica | <input type="text" value="Privada"/> ▼ | | | | |
| DATOS GENERALES DEL PRESTADOR | | | | | |
| Código del Prestador | <input type="text" value="1100133843"/> - <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 | | | | | |
| Modalidades | Intramural Extramural Telemedicina Telemedicina Prestador de Referencia Telemedicina Prestador de Remisor | | | | |
| 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: martes 16 de junio de 2026 (5:15 p.m.)

**(2) registros encontrados.**

| Departamento | Municipio | Código Sede Prestador | Sede | Nombre Sede Prestador | Servicio | Distintivo |
|--------------|-----------|-----------------------|------|------------------------------|--|-------------|
| Bogotá D.C | BOGOTÁ | 1100133843 | 01 | CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA | 328 -MEDICINA GENERAL | DHSS0522060 |
| Bogotá D.C | BOGOTÁ | 1100133843 | 01 | CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA | 407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL | DHSS0522061 |

