



N° 37.938

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
04 DÍA	08 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
INDEPENDIENTES				PARTICULARES			
CIU (Actividad Económica) del empleador:							
SIN REGISTRAR							
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
Apellidos y Nombres				Género	Edad	Documento de Identificación	
PINZÓN LAVERDE ANTONIO JOSÉ				MASCULINO	37 AÑOS 11 MESES 3 DÍAS	CC	1072648941
						Tipo	Número
Cargo							
CONTRATISTA							
EPS		AFP			ARL		
ALIANSA SALUD		COLPENSIONES			NO REFIERE		
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)							
Observaciones: NO APLICA							
N/A		NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)					
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				ENFASIS OSTEOMUSCULAR			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			HÁBITOS SALUDABLES		
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL ANUAL							
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			
							
Nombre: CC: 80086785 - CARLOS EDUARDO BERNAL				Nombre: PINZÓN LAVERDE ANTONIO JOSÉ			
R. M.: 86140 -2010				CC: 1072648941			
L.S.O.: 25-2359/2025							
Código de Seguridad							
M367S1Y37938							



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 -					
Naturaleza Jurídica	v					
DATOS GENERALES DEL PRESTADOR						
Código del Prestador	-		Clase de Prestador	v		
Empresa Social del Estado	v		Nivel Atención Prestador	v	Carácter Territorial v	
DATOS DE LA SEDE						
Departamento	v		Municipio	v		
Código de la Sede	-					
Nombre de la Sede						
SERVICIO						
Grupo	v		Número Distintivo de Habilitación del Servicio			
Servicio	v					
Horarios						
Modalidades	Intramural Extramural Telemedicina Telemedicina Prestador de Referencia Telemedicina Prestador de Remisor					
Especificidades						
Complejidad						
Fecha apertura del servicio	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 05 de agosto de 2026 (5:25 p.m.)						
Excel Word Texto						
(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	DHSS0522060
Bogotá D.C	BOGOTÁ	1100133843	01	CARLOS EDUARDO BERNAL SIERRA	407 -MEDICINA DEL TRABAJO Y MEDICINA LABORAL	DHSS0522061
1						

