# 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° 38.806

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 17 DÍA | 09 MES | 2026 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

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| INDEPENDIENTES | PARTICULARES |

CIIU (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 | |
|---|---|---|---|---|
| PUERTA HERRERA LINA MARÍA | FEMENINO | 53 AÑOS 11 MESES 21 DÍAS | CC (Tipo) | 42824291 (Número) |

Cargo

**CONTRATISTA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| SURA | COLPENSION | SURA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)**

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 |
|---|---|---|
| CONTINUAR MANEJO MÉDICO | SVE CARDIOVASCULAR | HÁBITOS SALUDABLES |
| USAR CORRECCIÓN VISUAL | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | DIETA BALANCEADA |
| VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL CONTROL FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR | SVE OSTEOMUSCULAR | |
| ESPECIALISTA : MEDICINA INTERNA | | |

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 entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

**Médico**

Carlos E. Bernal Sierra
Medico Esp. Gerencia en seguridad y salud en el trabajo - FLAA

Firma:

Nombre: CC: 80086785 - CARLOS EDUARDO BERNAL

R. M.: 86140 -2010 L.S.O.: 25-2359/2025

**Código de Seguridad**

O367U1A38806

**Aspirante o Trabajador**

Lina María Puerta H (17 sept. 2026 16:38:46 CDT)

Firma:

Nombre: PUERTA HERRERA LINA MARÍA

CC: 42824291