



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



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Nº 29.843

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
18 DÍA	02 MES	2025 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONSULTORIO NORTE				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)							
RODRIGUEZ ANTOLINEZ JORGE HERNAN Apellidos y Nombres				Genero MASCULINO	Edad 55 AÑOS 6 MESES 17 DÍAS	Documento de Identificación CC	18392227 Tipo Número
Cargo <b>CONDUCTOR DE BUS</b>							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL							
<b>APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)</b>							
Observaciones: <b>NO APLICA</b>							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)				N/A			
RESTRICCIONES LABORALES SIN RESTRICCIONES LABORALES		TIPO NO APLICA	RECOMENDACIONES NO APLICA				
<b>El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:</b>							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS		RECOMENDACIONES OCUPACIONALES			HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES		
CONTINUAR MANEJO MÉDICO		SVE CARDIOVASCULAR			HABITOS SALUDABLES		
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGUN FORMULA		PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : ENFASIS EN COLUMNA			CONTROL DE PESO		
VALORACIÓN POR EPS : MEDIEINA GENERAL CONTROL FACTORES DE RIESGO ESPECIALISTA : ENDOCRINIOLOGIA		SVE OSTEOMUSCULAR			DIETA BALANCEADA		
<b>OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES</b>							
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.							
<b>Médico</b>				<b>Aspirante o Trabajador</b>			
Firma:		Firma:					
Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO		Nombre: RODRIGUEZ ANTOLINEZ JORGE HERNAN					
R. M.: 86140 -2010		L.S.O.: 5128					
Código de Seguridad <b>E367K1Q29843</b>		CC: 18392227					