



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                           |                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CÉDULA DE CIUDADANÍA      | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1068659426                |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | EDWIN MANUEL BERRIO MACEA |                                                     |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | SOACHA DEPARTAMENTO:      | CUNDINAMARCA                                        |
| DIRECCIÓN:                                                                | CRA 78C # 78-80           | TELÉFONO: 1111111                                   |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE          | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE                    |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                   | ACTIVIDAD ECONOMICA: Otras actividades de servicios |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                     |                                                     |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO                        |                                                     |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                   |                                    |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | <b>7995581048</b> | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN             | MES: octubre      | PERIODO COTIZACIÓN MES: octubre    |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2025         | SALUD: AÑO: 2025                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 8                 |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2025/11/18        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1936972495    |

| NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |  |
| X         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                         |            |              |
|-----------------------|--------|-----------------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                         | TOTALES    |              |
|                       |        |                                         | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 8002248088            | 230301 | 230301-PORVENIR                         | 1          | \$ 129.800   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 129.800   |
|                       |        |                                         |            |              |
| SALUD                 |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 9001562642            | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS                        | 1          | \$ 101.500   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 101.500   |
|                       |        |                                         |            |              |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 8600111536            | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1          | \$ 4.400     |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 1          | \$ 4.400     |
|                       |        |                                         |            |              |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| VALOR SIN MORA:      | \$ 234.300        |
| VALOR MORA:          | \$ 1.400          |
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 235.700</b> |



## CERTIFICA

Que la persona relacionada a continuación, en cumplimiento a lo establecido en las normas legales vigentes, ha cotizado al Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de esta Entidad Promotora de Salud las siguientes semanas de cotización:

**Datos del COTIZANTE****CC 1068659426 EDWIN MANUEL BERRIO MACEA**Estado Cotizante: **Vigente**

Causal:

Semanas Cotizadas Nueva EPS S.A.: **168**Fecha Afiliación: **01/09/2017**

Fecha Último Periodo Cotizado:

Fecha Cancelación:

La presente certificación se expide el día 20 de Octubre de 2025 a solicitud del (de la) interesado(a).

**Observaciones:****NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS**

Cordialmente,

**Gerencia de Afiliaciones  
Nueva EPS S.A.**

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS  
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del  
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

**CERTIFICA QUE:**

**EDWIN MANUEL BERRIO MACEA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.068.659.426**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Octubre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

## LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES CERTIFICA QUE:

EDWIN MANUEL BERRIO MACEA CC 1068659426 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

| Datos del contratante               |                                       |                                       |            |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|------------|
| Nombres y apellidos o Razón Social  | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA |                                       |            |
| Tipo de documento de identificación | NI                                    | Número de documento de identificación | 899999034  |
| Datos del trabajador                |                                       |                                       |            |
| Fecha de inicio cobertura           | 2025-10-29                            | Estado de afiliación                  | Activo     |
| Clase de riesgo                     | 1                                     | Código Actividad Económica            | 1855101    |
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2025-10-29                            | Fecha Fin del Contrato                | 2025-12-22 |
| Tipo de vinculación                 | Independiente                         | Fecha de retiro                       |            |

Esta certificación se expide a los 4 días del mes de noviembre del 2025.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

### Gerencia de afiliaciones y novedades

#### Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000  
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) |  
defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00  
a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva  
Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>

LA ASEGURADORA  
DE TODOS LOS  
COLOMBIANOS

Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

[www.positiva.gov](http://www.positiva.gov)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Formulario del Registro Único Tributario   |  |                                                          |  | 001                                         |  |
| 2. Concepto 02 Actualización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  | 4. Número de formulario 141216509596                     |  |                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1068659426                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                            |  | 6. DV 1                                                  |  | 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá |  |
| 14. Buzón electrónico 32                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| IDENTIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| 24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía |  | 26. Número de Identificación 1068659426                  |  |                                             |  |
| 28. País COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 29. Departamento Córdoba                   |  | 30. Ciudad/Municipio Ciénaga de Oro                      |  | 189                                         |  |
| 31. Primer apellido BERRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 32. Segundo apellido MACEA                 |  | 33. Primer nombre EDWIN                                  |  | 34. Otros nombres MANUEL                    |  |
| 35. Razón social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| 36. Nombre comercial                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| 37. Sigla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| UBICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| 38. País COLOMBIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 39. Departamento Bogotá D.C.               |  | 40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C.                        |  | 001                                         |  |
| 41. Dirección principal CR 78 C 78 80 BRR BOSA SAN DIEGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| 42. Correo electrónico edwber_22@hotmail.com                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| 43. Código postal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  | 44. Teléfono 1 3128191915                                |  | 45. Teléfono 2                              |  |
| CLASIFICACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| Actividad principal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | Actividad secundaria                       |  | Otras actividades                                        |  | Ocupación                                   |  |
| 46. Código 8523                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 47. Fecha inicio actividad 20230122        |  | 48. Código 6201                                          |  | 49. Fecha inicio actividad 20190407         |  |
| 50. Código 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 51. Código                                 |  | 52. Número establecimientos                              |  |                                             |  |
| Responsabilidades, Calidades y Atributos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| 53. Código 49                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| 49 - No responsable de IVA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| Usuarios aduaneros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  | Exportadores                                             |  |                                             |  |
| 54. Código                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  | 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3                        |  |                                             |  |
| 57. Modo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                            |  | 58. CPC                                                  |  |                                             |  |
| IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| Para uso exclusivo de la DIAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                                                          |  |                                             |  |
| 59. Anexos SI NO X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  | 60. No. de Folios: 0                                     |  |                                             |  |
| La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012. |  |                                            |  | Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. |  |                                             |  |
| Firma del solicitante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                            |  | Firma autorizada:                                        |  |                                             |  |
| 984. Nombre BERRIO MACEA EDWIN MANUEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                            |  | 985. Cargo CONTRIBUYENTE                                 |  |                                             |  |

691742 194649

## CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S

1



NIT 8320054448  
 Dirección CL 4 NO. 3A-05  
 Telefono 8660839/8830139  
 eMail



Paciente: EDWIN MANUEL BERRIO MACEA  
 Identificación CC 1068659426  
 Dirección HACIENDA SAN RAFAEL ZIPAQUIRA  
 Aseguradora PARTICULAR 1

Fecha de Nacimiento 22/05/1987

Género MASCULINO

Edad Actual 38 A

Telefono 3128191915

Fecha Ingreso 21/10/25 15:12

## DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

|                                                         |                                                             |                |      |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|----------------|------|
| Fecha del Examen                                        | Ciudad                                                      | Tipo de Examen | Otro |
| 21/10/2025                                              | CAJICA - CUNDINAMARC                                        | Pre-Ingreso    |      |
| Razon social de la empresa que lo contrato o contratara | Razon social de la empresa en que labora, laborará o laboró |                |      |
| PARTICULAR 1                                            | SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE                            |                |      |
| Cargo                                                   | Area o Sede                                                 |                |      |
| INSTRUCTOR                                              | SITEMAS                                                     |                |      |

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

|                          |                 |                 |
|--------------------------|-----------------|-----------------|
| Dermatologico            | X Osteomuscular | Riesgo vascular |
| Manipulador de alimentos | Alturas         | Otro? Cual?     |

## CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

|                                                                   |                                         |                        |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------|
| X Apto sin restricciones para el cargo                            | Apto para trabajo en alturas            | Aplazado               |
| Apto con recomendaciones para el cargo                            | Apto para trabajo en espacios confinado | Motivo de Aplazamiento |
| Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo | Apto para manipular alimentos           |                        |

## CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

## REQUISITOS DE SALUD

|                                                                      |    |    |          |           |   |
|----------------------------------------------------------------------|----|----|----------|-----------|---|
| Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas           | SI | NO | Aplazado | No aplica | X |
| Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:         | SI | NO | Aplazado | No aplica | X |
| Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales | SI | NO | Aplazado | No aplica | X |
| Cual:                                                                |    |    |          |           |   |
| Concepto de aptitud apoyado en profesigrama o perfil para el cargo:  | SI | NO | X        |           |   |

El concepto de aptitud se definio a partir de los siguientes exámenes practicados:

## CONDUCTA

|                          |                           |                                                                         |
|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| X Examen Médico          | Examen Radiologico        | NA Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patología diagnóstica |
| Audiometría              | ¿Cuál(es)?                | NA Continuar manejo actual y control por EPS                            |
| Espirometría             |                           | NA Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS        |
| X Optometría             |                           | NA Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento                           |
| Electrocardiograma       |                           | NA Asistir a programas de promoción y prevención EPS                    |
| Exámen Psicosensometrico | X Exámenes de Laboratorio | NA Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos                  |
| Otro?Cual?               | ¿Cuál(es)?                | *NA = No Aplica                                                         |
|                          | GLICEMIA                  | Amplie su conducta                                                      |

## RECOMENDACIONES

|                            |                    |                                           |                  |
|----------------------------|--------------------|-------------------------------------------|------------------|
| X Exámen Ocupacional Anual | X Higiene postural | X Uso de elementos de proteccion personal | X Pausas Activas |
| Reingreso laboral          | Reubicación        | Rehabilitación profesional                |                  |
| Otro? Cual?                |                    |                                           |                  |

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos



NIT 8320054448  
Dirección CL 4 NO. 3A-05  
Telefono 8660839/8830139  
eMail



ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibi copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 - Minprotección)

MAURICIO ALBERTO GONZALEZ MARIN  
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL  
LICENCIA OCUPACIONAL 25-2449 DE 21-09-2016  
CC. 79.154.924 DE BOGOTÁ

**MEDICO**

Firma

MAURICIO GONZALEZ MARIN

Registro Médico

25-3812

Firma

**ASPIRANTE O TRABAJADOR**

EDWIN MANUEL BERRIO MACEA

Documento de identidad

CC 1068659426

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Cajicá, 21 de octubre de 2025

Señores

**SENA**

Ciudad

CAJICA, CUNDINAMARCA

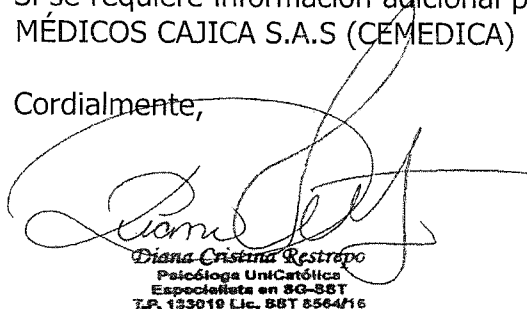
Respetados señores

Una vez se llevó a cabo la aplicación e interpretación de la prueba de **PSICOLOGÍA** al señor **EDWIN MANUEL BERRIO MACEA**, identificado con cédula de ciudadanía número **1.068659426 DE CIENAGA DE ORO**, se concluye que los resultados no evidencian la presencia de rasgos de personalidad negativos que afecten la convivencia laboral, ni alteraciones profundas a nivel cognitivo, entiendase por ello, memoria, orientación, concentración y atención. Se trata de un individuo cuyo estado de conciencia es alerta y estable, su comprensión es adecuada y su hilaridad en el lenguaje verbal es coherente, luego se halla entre los parametros normales. Adicionalmente no se identifico ningún tipo de consumo o dependencia a sustancias psicoactivas en concordancia con lo evaluado. Así mismo, no se observaron rasgos asociados a transtornos tales como; trastorno del sueño, delirium, antisocial, demencia, esquizofrenia y otras psicosis que le impidan ejecutar sus labores ocupacionales como instructor en el área de ingeniería de sistemas, por lo tanto se conceptua;

#### **Apto sin recomendaciones**

Si se requiere información adicional puede comunicarse con la CENTRAL DE SERVICIOS MÉDICOS CAJICA S.A.S (CEMEDICA)

Cordialmente,



**Diana Cristina Restrepo**  
Psicóloga Unicarólica  
Especialista en SG-SST  
T.P. 133019 Lic. SST 8564/16

**Diana Cristina Restrepo**

**Psicóloga Esp. SG-SST**

**T.P.Nº 133019**

**LSST. 8564**



## RESULTADOS EXAMENES DE LABORATORIO

21/10/25

1

CEMEDICA S.A.S

Direccion CL 4 NO. 3A-05

Telefono 8660839/8830139

E-Mail

Fecha 21/10/2025

Edad 38 A

Paciente: BERRIO MACEA EDWIN MANUEL

Direccion HACIENDA SAN RAFAEL ZIPAQUIRA

Teléfono 3128191915

Identificacion CC 1068659426

Aseguradora PARTICULAR 1

### GLUCOSA EN SUERO

#### DETERMINACION DE GLUCOSA

GLICEMIA :

Método: ENZIMATICO

-

Resultado: 101 mg/dl

70-110 mg/dl

OBSERVACIONES:

-

-

-

HORA DE TOMA DE MUESTRA:

8:25

HORA DE ENTREGA DE RESULTADOS:

10:00

Lorans del Pilar Vega Castro  
Bacteriologa y Laboratorio Clínico  
T.E. SANGRE S.C.S

BACTERIOLOGA



Central de Servicios Médicos Cajica S.A.S.

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

e-mail

Paciente: EDWIN MANUEL BERRIO MACEA

Género MASCULINO

Identificación CC 1068659426

Fecha de Nacimiento 22/05/1987 Edad Actual 38 A

Dirección HACIENDA SAN RAFAEL ZIPAQUIRA

3128191915

Acompañante/Acudiente

NINGUNO

Usuario

Aseguradora PARTICULAR 1

Fecha del Examen 21/10/2025 Ciudad CAJICA

Tipo de Examen PREIN

Razón social empresa que lo contrato o contratara

Centro de Trabajo (Sede)

PARTICULAR 1

INDEPENDIENTE - INSTRUCTOR

## INFORMACION PRESONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGIA VISUAL

Ha tenido cirugías o traumas oculares? NO

Presenta actualmente molestias en los ojos? NO

Está expuesto a riesgos ocupacionales Oculares en el car NO

Usa en el cargo actual elementos de protección ocular? NO

Problemas de Refracción NO

Corregido SI Tipo de Corrección

Frecuencia de uso

Tiempo de Evolución

Lensometría de Rx en uso

OD

OI

Tipo de Lente

## EVALUACION VISIOMETRIA

| Ojo Derecho |    |             |    | Ojo Izquierdo |    |             |    | Ambos Ojos  |    |             |    |
|-------------|----|-------------|----|---------------|----|-------------|----|-------------|----|-------------|----|
| 20=547638   | NO | 25 = 428576 | NO | 30 = 943852   | NO | 20 = 745932 | NO | 25 = 578236 | NO | 30 = 346752 | NO |
| 40=795823   | NO | 50 = 357248 | NO | 60 = 7236     | NO | 40 = 534268 | NO | 50 = 752386 | NO | 60 = 6254   | NO |
| 70=9574     | NO | 100 = 92    | NO | 200 = 5       | NO | 70 = 8453   | NO | 100 = 85    | NO | 200 = 3     | NO |
|             |    |             |    |               |    |             |    | 20 = 857432 | NO | 25=674235   | NO |
|             |    |             |    |               |    |             |    | 30=382457   | NO | 40=563472   | NO |
|             |    |             |    |               |    |             |    | 50=859423   | NO | 60=8927     | NO |
|             |    |             |    |               |    |             |    | 70 = 2978   | NO | 100 = 43    | NO |
|             |    |             |    |               |    |             |    | 200=9       | NO |             | NO |

Percepción del Color: 4 1 6 3

## EVALUACION OPTOMETRIA

## Dial No 2 AGUDEZA VISUAL

Letras SI Numeros NO E Direccional NO Uso de corrección en el examen NO

Visión Lejana

Visión Próxima

OD 20/20

0.5M

OI 20/20

0.5M

AO 20/20

0.5M

## Dial No 3 RETINOSCOPIA

Ojo Der.

NEUTRO

Ojo Izq.

NEUTRO

## SUBJETIVO

Ojo Der.

Ojo Izq.

## Dial No 4 QUERATOMETRIA

Ojo Der.

Ojo Izq.

## Dial No 5 FORIAS

LATERAL Normal SI VERTICAL Normal SI

## Dial No 6 VISION PEREFERICA

EVALUADA NO Normal NO

## Dial No 7 PERCEPCION DEL COLOR

EVALUADA SI Normal SI

## Dial No 8 ESTEREOPSIS

## Dial No 8 ESTEREOPSIS

## TEST DE LA MOSCA

Angulo a 40 cm en seg de Arco

800

140

60

600

100

50

400

80

40 X

## Dial No 9 EVALUACION SEGMENTO EXTERNO

Ojo Derecho Anormal NO Tipo SIN ALTERACION

Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo SIN ALTERACION

## Dial No 10 OFTALMOSCOPIA

Ojo Derecho Anormal NO Tipo REFLEJO ROJO PRESENTE

Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo REFLEJO ROJO PRESENTE



CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

e-mail

## PATOLOGIA DE REFRACCION

|                                  | Lejos                 |                                   | Cerca            |                  |
|----------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|------------------|------------------|
|                                  | Ojo Derecho           | Ojo Izquierdo                     | Ojo Derecho      | Ojo Izquierdo    |
| Agudeza Visual Normal            | X                     | X                                 | X                | X                |
| Adecuadamente Corregida          |                       |                                   |                  |                  |
| Inadecuadamente Corregida        |                       |                                   |                  |                  |
| No Corregida                     |                       |                                   |                  |                  |
| No requiere Corrección           |                       |                                   |                  |                  |
| Visión de profundidad            | Normal SI             | Percepción de Colores             | Normal SI        |                  |
| Forias                           | Normal SI             | Visión Periférica                 | Normal NO        |                  |
| Cumple requerimiento ocupacional | SI                    | Debe usar corrección para laboral |                  | NO               |
| Observación                      | NO REQUIERE USO DE RX |                                   |                  |                  |
| Diagnóstico                      | EMETROPE              |                                   |                  |                  |
| Remisión a:                      | Ortópica NO           | Oftalmología NO                   | Contactología NO | Control en 1 AÑO |

## OBSERVACIONES

## APTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento.

El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará UNIMOS SALUD para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. UNIMOS SALUD para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 -

  
**Sonia Ballesteros Poveda**  
 Optómetra  
 T.P. 1018435574  
 2745 CTNPO



Evaluado

Firma

SONIA LIZETTE BALLESTEROS POVEDA

Registro Médico 1018435574

Firma Aspirante o Trabajador

EDWIN MANUEL BERRIO MACEA

Documento de identidad CC 1068659426



### Hace constar:

Que el Sr(a) EDWIN MANUEL BERRIO MACEA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1068659426 realizó el día 07/11/2025 la inducción en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la respectiva evaluación.

La presente constancia tiene validez para aplicación y uso al interior de la entidad, con el fin de dar cumplimiento al Decreto 1072 de 2015, Libro 2, Parte 2, Título 4, Capítulo 6, Artículo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

---

### Compromiso SST:

Yo EDWIN MANUEL BERRIO MACEA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1068659426 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

1. Procurar el cuidado integral de mi salud.
2. Contar con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada, para lo cual asumiré su costo.
3. Informar a los contratantes la ocurrencia de incidentes, accidentes de trabajo y enfermedades laborales.
4. Participar en las actividades de Prevención y Promoción organizadas por los contratantes, los Comités Paritarios de Seguridad y Salud en el Trabajo o Vigías Ocupacionales o la Administradora de Riesgos Laborales.

Firma

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA  
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública  
**DE EMPLEO**

### Hace constar:

Que el Sr(a) EDWIN MANUEL BERRIO MACEA Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1068659426 el día 07/11/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA