



FORMATO PARA LIQUIDACION PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL DISTRICT CAPITAL

CENTRO DE MECÁNICA AUTOMOTRIZ Y TRANSPORTE- BTÁ D.C.

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	11
Código Centro	921310
Fecha Elaboración	Noviembre de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	38648-032031

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	EDWIN MANUEL BERRIO MACEA	Banco a consignar:	DAVIVIENDA
Cédula de Ciudadanía	1.068.659.426	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	edwber_22@hotmail.com	Número de Cuenta:	0550488450711004
IP/N° de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	NO

¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?	NO
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000	NO
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)	NO
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?	NO
Concepto del pago corresponde a:	Ninguno
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.	0,00%

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	8516874/2025	Nº Compromiso SIIF	65625	Número de pagos durante la vigencia del contrato	2
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)		INSTRUCTOR:PRESTAR SERVICIOS PERSONALES DE CARÁCTER TEMPORAL PARA IMPARTIR FORMACIÓN PROFESIONAL INTEGRAL, DE FORMA PRESENCIAL Y/O VIRTUAL, ASÍ COMO OTRAS ACTIVIDADES QUE SE DERIVEN DE LOS DIFERENTES PROGRAMAS, NIVELES Y ESPECIALIDADES IMPARTIDAS POR			

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	01/11/2025	Al	30/11/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 8.432.437
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 8.432.437
Valor Bruto Pago:			\$ 4.599.511,00	Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 3.832.926

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 4.599.511	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retencion en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 4.599.511	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	\$ 3.049.411	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

			Noviembre	Octubre				
N° Planilla PILA, o , N° Radicación pago SS			-----	7995581048	Base retención en la fuente a título de RENTA		3.049.411,00	TARIFA
Ingreso Base de Cotización - IBC			\$ 1.839.804	\$ 0	Base retención en la fuente a título de ICA		4.075.111,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud			\$ 230.000	\$ 0	Valor base IVA		0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión			\$ 294.400	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)		0,00	19%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional			\$ -	\$ 0	Menos Retención en la Fuente		0,00	0,00%
ARL I			\$ 9.700	\$ 0	Menos Retención IVA		0,00	15%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -	-	Reteica - 8299 - BOGOTÁ		39.366,00	0,966%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -	-			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes			\$ -	-			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias			\$ -	-			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC			\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias			\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda			\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Dependientes hasta			\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Salud hasta		\$ 796.784	\$ -	-	Otras Retenciones		0,00	0,000%
Renta Exenta 25%		\$ 6.556.868	\$ 1.016.000				0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.		\$ 0			Descuentos de embargo (Si tiene)		0,00	
Retención en la Fuente Contingente			\$		VALOR A PAGAR		\$4.560.145,00	

SON: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA MIL CIENTO CUARENTA Y CINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se realizó apoyo y acompañamiento a formación profesional integral en las instituciones educativas María de la Peña (códigos 3246070 - 3090704 y 3246076), en el desarrollo de competencias en Programación de Aplicaciones para Dispositivos Móviles y Programación de Software. Esta iniciativa tuvo como propósito fortalecer los conocimientos técnicos y habilidades prácticas de los participantes, proporcionándoles herramientas clave para su desarrollo académico y proyección profesional. (fase formativa - productiva)
Reunión con el equipo ejecutor

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministrada es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

Edwin S. Paul

EDWIN MANUEL BERRIO MACEA
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- 1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- 2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- 3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor.

Enclad

JOAQUIN RUIZ DIAZ
INSTRUCTOR G20

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

EL ORDENADOR DEL PAGO

FREDY VELEZ NINO

SUBDIRECTOR DE CENTRO G02(E)

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:	7995581048	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
TOTAL PAGADO:	\$ 235.700



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

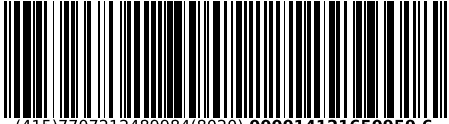
Positiva Compañía de Seguros S.A.:

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

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141216509596			
				 (415)7707212489984(8020) 000014121650959 6			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 6 8 6 5 9 4 2 6		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 6 8 6 5 9 4 2 6			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Córdoba 2 3		30. Ciudad/Municipio Ciénaga de Oro 1 8 9			
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 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
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 3 1 2 8 1 9 1 9 1 5		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica		Actividad económica		Ocupación			
46. Código 8 5 2 3		47. Fecha inicio actividad 2 0 2 3, 0 1, 2 2		48. Código 6 2 0 1		49. Fecha inicio actividad 2 0 1 9, 0 4, 0 7	
50. Código 1 2		51. Código		52. Número establecimientos			
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 4 9							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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. Firma del solicitante:				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice. 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 Psicosenso metrico	X Exámenes de Laboratorio	NA Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos
Otro?Cual?	¿Cuál(es)?	*NA = No Aplica
	GLICEMIA	Amplie su conducta

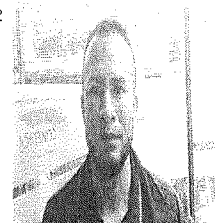
RECOMENDACIONES

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

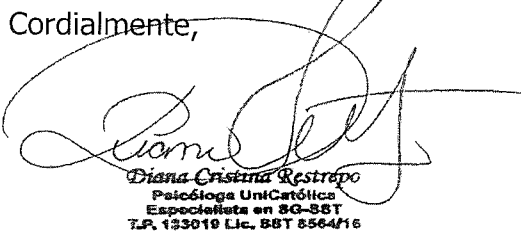
Respetados señores

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 trastornos 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

Dirección CL 4 NO. 3A-05

Teléfono 8660839/8830139

E-Mail

Fecha 21/10/2025

Edad 38 A

Paciente: BERRIO MACEA EDWIN MANUEL

Dirección HACIENDA SAN RAFAEL ZIPAQUIRA

Teléfono 3128191915

Identificación 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
Bacterióloga y Laboratorio Clínico
T.E. S.A.S. S.C.S

BACTERIOLOGA



Central de Servicios Médicos Cajicá 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

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

	Ojo Derecho		Lejos Ojo Izquierdo		Cerca Ojo Derecho		Cerca 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