

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52886941		OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 14 B 119 A 76 IN 5 AP 903	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143083502	Si	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1679586255		9488131825	I	2025/08/12	2025/08/05	BANCO DAVIVIENDA	\$534,100

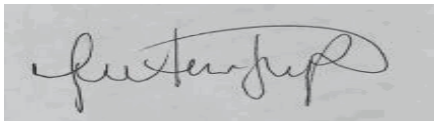
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																					
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,839,804	\$294,400			\$1,839,804	\$230,000			\$0	\$0			\$1,839,804	\$9,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,839,804	\$294,400			\$1,839,804	\$230,000			\$0	\$0			\$1,839,804	\$9,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,839,804	\$294,400			\$1,839,804	\$230,000			\$0	\$0			\$1,839,804	\$9,700		\$0	\$0
1	CC 52886941	OSORIO DEICY	230301	30	\$1,839,804	\$294,400	EPS005	30	\$1,839,804	\$230,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$1,839,804	\$9,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,839,804	\$294,400			\$1,839,804	\$230,000			\$0	\$0			\$1,839,804	\$9,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52886941		OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 14 B 119 A 76 IN 5 AP 903	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143083502	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-07	2025-07	1679586255		9488131825	I	2025/08/12	2025/08/05	BANCO DAVIVIENDA	\$534,100

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$294,400	\$0	\$0	\$294,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$9,700	\$0	\$0	\$9,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$9,700	\$0	\$0	\$9,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$230,000	\$0	\$0	\$230,000	
TOTAL				1	\$534,100	\$0	\$0	\$534,100	


CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
N° 53.052

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
28 DÍA	01 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE PRE-INGRESO			
			Ciudad				
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				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)							
OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
				FEMENINO	40 AÑOS 8 MESES 2 DÍAS	CC	528886941
Apellidos y Nombres						Tipo	Número
Cargo INSTRUCTOR							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL PUEDEN LABORAR EN EL CARGO ASIGNADO CON RECOMENDACIONES							
Observaciones: NO APLICA							
N/A				NO SE EVALUARÁN 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:							
OPTOMETRÍA				PERFIL LIPIDICO (COL-HDL-LDL-TRIG)			
EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR DE PRE-INGRESO				ENFASIS CARDIOVASCULAR			
GLICEMIA				ÉNFAIS PSICOMETRICO			
CUADRO HEMATICO (HEMOGRAMA)				ENFASIS MUSCULO ESQUELETICO			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE				USO DE EPP			
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
SE INDICA DISTANCIAMIENTO SOCIAL, USO DE TAPABOCAS EN SERVICIOS DE TRANSPORTE PUBLICO Y EN SITIOS CON AGLOMERACIONES SE RECOMIENDA LAVADO DE MANOS FRECUENTE CON EL FIN DE EVITAR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y GASTROINTESTINALES TIENE 2 DOSIS DE VACUNA CONTRA EL COVID 19- PFIZER IMC 22.07 DEBE ACTUALIZAR FÓRMULA ÓPTICA							
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			
Firma: 				Firma: 			
Nombre: JURADO RAMIREZ ALEJANDRA				Nombre: OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA			
R. M.: 73860/2015				CC: 528886941			
L.S.O.: RESOL. 1623 DEL 10/03/2010				Código de Seguridad: X739D1J53052			



EXAMEN DE OPTOMETRÍA

DATOS PERSONALES

Atención N°: 27,885

Fecha: 28/01/2023 Municipio: BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) CC: 528886941 Nombre: OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA Edad: 40 AÑOS 8
 Genero: FEMENINO Profesión o Cargo: INSTRUCTOR Empresa: PARTICULARES
 Eps: SANITAS Tipo Evaluación Médica: EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR DE PRE-INGRESO F. Último Examen: 2021
 Lugar del Último Examen: OPTICA Motivo Consulta: PX REFIERE VISION BORROSA DE LEJOS , CORRIGE CON ANTEOJOA

ANTECEDENTES VISUALES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NIEGA
ANTECEDENTES PERSONALES	US ANTEOJSO DESDE L AINFNACIA
ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NIEGA
EXPOSICIÓN LABORAL VISUAL	PANTALLAS LUCES ARTIFICIALES
LENTES DE CONTACTO	NO USA
MULTIFOCAL	NO
TIPO DE USO	PERMANENTE
TRAE RX	SI
USA ANTEOJOS	SI

PRUEBAS REALIZADAS

SINTOMATOLOGÍA

ASINTOMÁTICO

AGUDEZA VISUAL SIN CORRECCIÓN					AV/VL	AV/VP	PH	AGUDEZA VISUAL CON CORRECCIÓN					AV/VL	AV/VP
O.D:	NO APLICA				20/125	0.50	N/A	-0.25-0.750*0					20/30	0.50
O.I:	NO APLICA				20/125	0.50	N/A	-0.50-0.50*0					20/30	0.50
A.O:	NO APLICA				N/A	N/A	N/A	NO APLICA					N/A	N/A

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO: DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES

OJO IZQUIERDO: DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES

REFLEJOS

OBSERVACIÓN: PRESENTES Y NORMALES

COVER TEST

VISIÓN LEJANA: NORMAL XF

VISIÓN PROXIMA: NORMAL XF

MOTILIDAD OCULAR

OBSERVACIÓN: NORMAL

PUNTO PRÓXIMO DE CONVERGENCIA

OBSERVACIÓN: NORMAL 8/10

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO: FONDO DE OJO APARREFLEJO ROJO NARANJA , EXC 0.2 MÁCULA SANA CON FIJACIÓN CENTRAL Y ESTABLE

OJO IZQUIERDO: REFLEJO ROJO NARANJA , EXC 0.2 MÁCULA SANA CON FIJACIÓN CENTRAL Y ESTABLE

QUERATROMETRÍA

OJO IZQUIERDO: K' =

OJO DERECHO: K' =

REFRACCIÓN

OJO DERECHO: -0.50-0.50*0 AV VL 20/ 20

OJO IZQUIERDO: -0.50-0.50*0 AV VL 20/ 20

RX FINAL

OJO IZQUIERDO AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

OJO DERECHO AV VL 20/ AV VP 20/ ADD

VISIÓN COLOROJO DERECHO: **NORMAL**OJO IZQUIERDO: **NORMAL****ESTEREOPSIS**OBSERVACIÓN: **NORMAL 25"**

CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	OJO	ORIGEN	TIPO
H521	MIOPIA	AMBOS	COMÚN	1 - IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

CONDUCTA Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL EN UN AÑO

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN PRÓXIMA

USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA

USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN VISUAL

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES:

PX APTO DEBE ACTUALIZAR CORRECCIÓN ÓPTICA , USAR RX DE MANERA PERMANENTE PARA DESARROLLAR SU TRABAJO

OPTOMETRA*Angelica Molina C*Firma: 52269491

Nombre: MOLINA CORTES ANGELICA

R. M.: 52269491 L.S.O.: 8174 DE 15/03/202



Código de Seguridad

H739N3T27885**PACIENTE***Deicy Milena Osorio*52886941

Firma: _____

Nombre: OSORIO RODRIGUEZ DEICY MILENA

CC: 528886941



Exisalud IPS

Servicios Integrales en Salud

Paciente: DEICY MILENA OSORIO RODRIGUEZ
Edad: 40 años
Identificación: 528886941

Codigo: 579
Fecha: 28/01/2023
Sexo: Femenino

HEMOGRAMA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Hematocrito	38	%	42 ± 4%
Hemoglobina	12,7	mg/dl	12 a 15
VSG	0	mm/h	0 a 20
Neutrofilos	70	%	45 a 55%
Linfocitos	30	%	25 a 45%
Eosinofilos	0	%	1 a 3%
Cayados	0	%	
Monocitos	0	%	0 a 2%
Basofilos	0	%	0 a 1%
Recuento de Plaquetas	289000	/mm3	150-450000/mm3

QUIMICA

Nombre del Examen	Resultado	Unidad	Valor de Referencia
Glicemia Pre	77	mg/dl	70 a 110
Colesterol Total	212	mg/dl	Menor a 200
Colesterol H.D.L.	58,9	mg/dl	H:30 -70; M: 30 - 85
Colesterol L.D.L.	132,9	mg/dl	
Trigliceridos	101	mg/dl	Menor a 150

LIRIS MARLENE SANCHEZ BAUTISTA

BACTERIOLOGA

REG 1034310381

Av Boyaca N° 64f - 42 Pbx. 9 37 10 20 Cel. 3235767391

E-mail servicioalcliente@exisaludsas.com www.exisaludsas.com



FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

BOGOTÁ, 10 de Febrero del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
BOGOTÁ

Asunto: Información de dependientes para efectos de hacer uso del beneficio tributario de deducible de la base gravable de retención en la fuente.

Bajo la gravedad del juramento, en mi calidad de contratista de prestación de servicios personales y en cumplimiento de lo previsto por el parágrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.18. del Decreto 1625 de 2016, informo que las personas relacionadas a continuación, tiene(n) la calidad de dependiente a mi cargo:

RC	1010847887	SIMÓN MATIAS LOZANO OSORIO	Hijo(a)
----	------------	----------------------------	---------

Toda vez que cumple con el siguiente requisito:

- Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.

Solicito se tome nota de la situación de dependencia que informo en la presente comunicación, para efecto del beneficio de deducible de la base gravable sujeta a retención en la fuente del 10% de mis ingresos laborales brutos, hasta un tope de 32 UVT mensuales, que me asiste en virtud de la normatividad arriba citada.

Igualmente, con mi firma declaro: que NINGUNA PERSONA ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

Cordialmente,

DEICY MILENA OSORIO RODRIGUEZ
C.C. 52886941



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 59385590

NUIP	1010847887
------	------------

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina							
Registraduría	☐	Notaría	☒	Número	14	Consulado	☐
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía				Código			
COLOMBIA CUNDINAMARCA				BOGOTA			

Datos del inscrito			
Primer Apellido		Segundo Apellido	
LOZANO		OSORTO	
Nombre(s)			
SIMON NATIAS			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año	2018	Mes	SEPT
Día	07	MASCULINO	O
Factor RH			
POSITIVO			
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14381918-4

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
OSORIO RODRIGUEZ DEICY HELENA	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52886941 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)	
Apellidos y nombres completos	
LOZANO CLAVIJO CRISTHIAN CAMILO	
Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1023884505 DE BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del declarante	
Apellidos y nombres completos	
LOZANO CLAVIJO CRISTHIAN CAMILO	
Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 1023884505 DE BOGOTA D.C.	

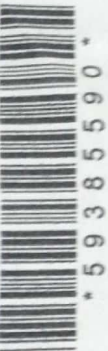
Datos primer testigo	
Apellidos y nombres completos	

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Datos segundo testigo	
Apellidos y nombres completos	

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
*****	*****

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año	2018
Mes	SEPT
Día	20
JORGE LUIS BUSTOS REYES	
Nombre y firma	



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -