SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

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

REGIONAL GUAJIRA

CENTRO AGROEMPRESARIAL Y ACUICOLA-GUAJIRA-EMPRENDE RURAL

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

Código Regional	**44**
Código Centro	**952410**
Fecha Elaboración	**Abril de 2025**
Versión	**ENERO - 2.25**
ID de Proceso	**07235-999750**

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ	**Banco a consignar:**	BANCO DE BOGOTA
Cédula de Ciudadanía	17.957.359	**Tipo de cuenta:**	AHORROS
Correo electrónico:	heiner806@hotmail.com	**Número de Cuenta:**	318292141
IP/Nº de contacto:		**Presta Servicios Excluidos de IVA:**	SI
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:	7752391/2025	**Nº Compromiso SIIF**	**79425**	**Número de pagos durante la vigencia del contrato**	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripciòn del servicio prestado)	INSTRUCTOR: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN, EN LA PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE LA FORMACIÓN, ASÍ COMO LA EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE DEFINIDOS EN LOS DISEÑOS CURRICULARES ASIGNADOS, PARA EL DESARROLLO DE HABIL				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	**23/04/2025**	**Al**	**30/04/2025**	**Saldo Anterior del Contrato:**	$ 36.796.088
Número de pago	**1**			**Valor Total del Contrato:**	$ 36.796.088
Valor Bruto Pago:			**$ 1.073.219,00**	**Nuevo Saldo del Contrato:**	$ 35.722.869

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	$ 1.073.219	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	**$ 1.073.219**	Menos, Retefuente Otros Ingresos	$ 0
BASE PARA RETENCION EN LA FUENTE	**$ 414.597**	**TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO**	**$ 0**

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

		Abril	Marzo
Nº Planilla PILA, o , Nº Radicación pago SS		----------	**9486379158**
Ingreso Base de Cotización - IBC		$ 1.423.500	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social salud		$ 178.000	$ 0
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión		$ 227.800	$ 0
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional		$ -	$ 0
ARL	I	$ 7.500	$ 0
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes		$ -	
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias		$ -	
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC		$ -	
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias		$ -	
Intereses Prestamo de Vivienda		$ -	
Dependientes hasta		$ 107.322	
Salud hasta	$ 796.784	$ -	
Renta Exenta 25%	$ 29.505.907	$ 138.000	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	$ 0		
Retención en la Fuente Contingente		$	

Base retención en la fuente a titulo de RENTA	414.597,00	TARIFA
Base retención en la fuente a titulo de ICA	0,00	
Valor base IVA	0,00	
IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Menos Retencion IVA	0,00	15%
Reteica - 8299	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
-	0,00	0,000%
Estampilla Prouniversidad de la Gua	21.464,00	2,000%
Estampilla Prodesarrollo Fronterizo	5.366,00	0,500%
Estampilla Prodesarrollo Dptal	21.464,00	2,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
Otras Retenciones	0,00	0,000%
	0,00	
Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
VALOR A PAGAR	**$1.024.925,00**	

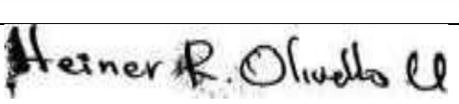
SON: UN MILLÓN VEINTICUATRO MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

ALISTAMIENTO DE GRUPOS COMPLEMENTARIOS

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 suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí



HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ
EL CONTRATISTA

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

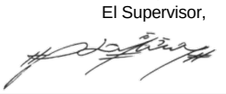
En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aqui relacionado, CERTIFICO:

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 período 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,



ALEXIS GEOVANI SOLANO MENDOZA
PROFESIONAL G10

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
JORGE LUIS DAZA ACOSTA
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17957359		OLIVELLA URBAEZ HEINER RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	maz 8 # p7 calle 32b	FONSECA-LA GUAJIRA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	15529012	9486379158	I	2025/01/16	2025/05/22	BANCO DE OCCIDENTE	126	$293,100

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)					$933,334	$149,400			$933,334	$116,700			$0	$0			$933,334	$4,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$933,334	$149,400			$933,334	$116,700			$0	$0			$933,334	$4,900		$0	$0
Ciudad: FONSECA Depto: LA GUAJIRA (1 Afiliados)					$933,334	$149,400			$933,334	$116,700			$0	$0			$933,334	$4,900		$0	$0
1	CC	17957359	OLIVELLA HEINER	230301	14	$933,334	$149,400	EPS005	14	$933,334	$116,700		0	$0	$0	14-23	14	$933,334	$4,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$933,334	$149,400			$933,334	$116,700			$0	$0			$933,334	$4,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 17957359		OLIVELLA URBAEZ HEINER RAFAEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	maz 8 # p7 calle 32b	FONSECA-LA GUAJIRA	7777777	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-12	2024-12	15529012	9486379158	I	2025/01/16	2025/05/22	BANCO DE OCCIDENTE	126	$293,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$149,400	$12,200	$0	$161,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$149,400	$12,200	$0	$161,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,900	$400	$0	$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,900	$400	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$116,700	$9,500	$0	$126,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$116,700	$9,500	$0	$126,200
TOTAL				**1**	**$271,000**	**$22,100**	**$0**	**$293,100**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Heiner Rafael Olivella Urbaez, identificado(a) con CC número 17957359, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 17957359
NOMBRES Y APELLIDOS	Heiner Rafael Olivella Urbaez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	27/06/1980
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	17/11/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	30/12/2024
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

Generado por interfaces 09/05/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

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:

HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **17.957.359**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 16 de Mayo 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.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ** identificado con **CC** No. **17957359**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA - NI. 899999034	**Fecha de inicio de cobertura:** 10/03/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 24/04/2025 **Fecha fin de Contrato:**23/12/2025 **Fecha de Retiro:** 23/12/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de 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 a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20250101575420.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 9 días del mes de mayo de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_08
MIS_4_1_3_FR15 v_010

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14896112527

(415)7707212489984(8020) 000001489611252 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 7 9 5 7 3 5 9	8	Impuestos y Aduanas de Riohacha	2 5

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 7 9 5 7 3 5 9	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Fonseca 2 7 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
OLIVELLA	URBAEZ	HEINER	RAFAEL

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	La Guajira 4 4	Fonseca 2 7 9

41. Dirección principal: CL 2 # 2 - 18 BRR Los Musicos

42. Correo electrónico: heiner806@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 6 4 5 9 9 1 7 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 1 6 3	2 0 2 3 0 2 1 4							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2

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: Heiner R. Olivella U

984. Nombre: OLIVELLA URBAEZ HEINER RAFAEL

985. Cargo: Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Nit. 900.532622-9

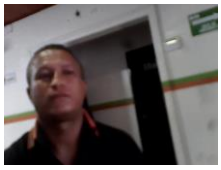
Dirección: Calle 9 # 14 - 85 Avenida Principal
Teléfono: (095) 7748493 Celular: 301 6440177
Email: saludsocial123@gmail.com
Barrancas - Guajira

VISIOMETRIA

DATOS GENERAL

Tipo Evaluación realizada: Examen medico ocupacional de Ingreso-Osteomuscular
Fecha de evaluación: 20240708 07:41:56
Lugar de realización: Barrancas La Guajira
Orden servicio No.: 0029378
Nombre de la Empresa: PARTICULAR

DATOS DEL PACIENTE



Nombre y apellidos: HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ
No. Identificación: CC 17957359
Genero (sexo): M **Edad:** 44 A **Teléfono:** 3112031973
Profesión: TECNICO PROFESIONAL AGRICOLA

INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR.

Fecha de ingreso: 8/07/24 0:00 **Jornada de trabajo:** Diurna **Tipo jornada:** **Horas laboradas:**
Antiguedad en la empresa (meses): **Antiguedad en el cargo (meses):**
Area empresa: Sin información **Sección:** Sin información
Cargo u Oficio: INSTRUCTOR

PRUEBA VISIOMETRIA

ORGANO / SISTEMA				
Antecedentes	**Normalidad**	**Hallazgo**		
Familiares	Normal			
Personales	Normal			
Usa corrección	**Normalidad**	**Hallazgo**		
Usa corrección	No			
Agudeza Visual	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Visión lejos sin corrección	20/20		20/20	
Visión próxima sin corrección	20/100		20/100	
Examen Externo	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Hiperplasia nasal	Anormal		Anormal	
Oftalmoscopia	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Fondo de ojo normal	X		X	
Vision de profundidad	**Normalidad**	**Hallazgo**		
Esteriopsis: Sin Corrección	Normal			
Campo Visual	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Central (30°)	Normal		Normal	
Periferico (120°)	Normal		Normal	
Visión del color	**Derecho**	**Hallazgo**	**Izquierdo**	**Hallazgo**
Test del Ishijara sin corrección	Normal		Normal	

RESULTADO DE LA PRUEBA

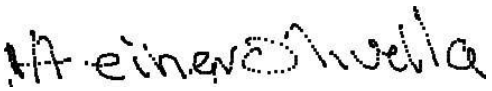
Resultado: Presbicie Pterigio A.O

Recomendación: Control anual.
Uso de correccion optica solo para vision proxima .
Uso de gafas por primera vez.
Uso de lagrimas naturales .
Valoración por optometría.

Observación:



Firma
Nombre: JINA LUZ ZARATE RINCONES
Especialidad:
Registro No.: 002326



Firma paciente
HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ

Nit. 900.532622-9

Dirección: Calle 9 # 14 - 85 Avenida Principal
Teléfono: (095) 7748493 Celular: 301 6440177
Email: saludsocial123@gmail.com
Barrancas - Guajira

LABORATORIO CLINICO

Orden No.:	0029378	Fecha atención: 20240708 07:41:56		Realizado en:	Barrancas La Guajira
Paciente:	HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ			Identificación:	CC 17957359
Sexo:	M	Fecha de Nacimiento: 1980-06-27	Edad: 44 A	Teléfono:	3112031973
Dirección:	CALLE 2 2-18			Medico:	Sin información
Entidad:	PARTICULAR				

EXAMENES DE LABORATORIO CLINICO

ANALISIS	RESULTADO	VALOR REFERENCIA
	Seccion de proceso	
GLICEMIA		
Glicemia	99 mgs%	60-105 mgs%



Responsable: GREINER DURAN DIAZ - BACTERIOLOGO

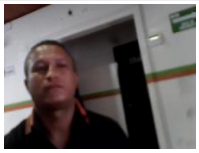
Nit. 900.532622-9

Dirección: Calle 9 # 14 - 85 Avenida Principal
Teléfono: (095) 7748493 Celular: 301 6440177
Email: saludsocial123@gmail.com
Barrancas - Guajira

AUDIOMETRIA

Tipo Evaluación realizada:	Examen medico ocupacional de Ingreso-Osteomuscular	**Fecha de evaluación:**	20240708 07:41:56
Lugar de realización:	Barrancas La Guajira	**Orden servicio No.:**	0029378
Nombre de la Empresa:	PARTICULAR		

DATOS DEL PACIENTE



Nombre y apellidos:	HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ				
No. Identificación:	CC 17957359				
Genero (sexo):	M	**Edad:**	44 A	**Teléfono:**	3112031973
Profesión:	TECNICO PROFESIONAL AGRICOLA				

INFORMACION OCUPACIONAL DEL CARGO ACTUAL, RETIRADO O INGRESAR

Fecha de ingreso:	8/07/24 0:00	**Jornada de trabajo:**	Diurna	**Tipo jornada:**	**Horas laboradas:**
Antiguedad en la empresa (meses):		**Antiguedad en el cargo (meses):**			
Area empresa:	Sin información			**Sección:**	Sin información
Cargo u Oficio:	INSTRUCTOR				

PRUEBA AUDIOMETRIA

Otoscopia	**Normalidad**	**Hallazgo**
Oido derecho	Normal	
Oido izquierdo	Normal	

Vía aérea	**Derecho (dB)**	**Izquierdo (dB)**
250	20	20
500	20	20
1000	20	20
2000	25	20
3000	25	25
4000	35	30
6000	25	30
8000	20	20

RESULTADO DE LA PRUEBA ==> AUDIOMETRIA VIA AEREA

Resultado según GATISO: AUDICION NORMAL BILATERAL

Recomendación: Control anual.
EPA según PVE.

Observación:

Firma
Nombre: YOISMAR PAOLA MOLINA CARRILLO
Registro No.: 5916 Especialidad:

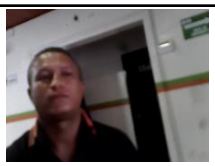
Firma paciente
HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ

Nit. 900.532622-9

Dirección: Calle 9 # 14 - 85 Avenida Principal
Teléfono: (095) 7748493 Celular: 301 6440177
Email: saludsocial123@gmail.com
Barrancas - Guajira

CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ
Identificación: CC 17957359
Sexo: M Fecha de Nacimiento: 1980-06-27 Edad: 44 A
Dirección CALLE 2 2-18
Teléfono: 3112031973
Empresa: PARTICULAR
Empresa en misión: PARTICULAR
Actividad económica:
Talla (mts): 1.72 Peso (kg): 79.8 IMC: 26,97 Grupo Sanguineo: A +



EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

Examen medico ocupacional de Ingreso-Osteomuscular

Orden No.: 0029378 Fecha apertura: 20240708 07:41:56
Fecha cierre: 20240709 10:38:26
Realizado en: Barrancas La Guajira

Cargo u Oficio: INSTRUCTOR

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

EXAMENES REALIZADOS

GLICEMIA,AGUDEZA VISUAL,AUDIOMETRIA VIA AEREA,EXAMEN MEDICO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR ,VALORACION POR SICOLOGIA

RECOMENDACIONES LABORALES

AUTOCUIDADO.
CAPACITAR EN HIGIENE POSTURAL.
PAUSAS ACTIVAS.
CONTROL VISUAL Y AUDIOLOGICO ANUAL.
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL.
USO DE LENTES PARA PROTECCIÓN DEL SOL Y POLVO.
CAPACITAR AL TRABAJADOR SOBRE P Y P DEL RIESGO DE COVID 19.
LAVADO DE MANOS.
ASINTOMATICO RESPIRATORIO AL MOMENTO DEL EXAMEN.
CAMBIOS EN ESTILO DE VIDA SALUDABLE Y BUENOS HABITOS DE ALIMENTACION

MANEJO POR EPS

Valoración por su E.P.S..

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta baja en carbohidratos.
Dieta baja en grasas.
Dieta baja en sodio.
Realizar actividades recreativas y deportes.

INCLUIR EN PVE

Estilo de VIda Saludable .

RECOMENDACION EN AUDIOMETRIA

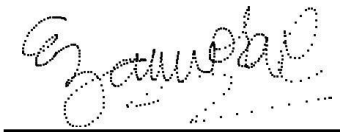
Control anual.
EPA según PVE.

RECOMENDACION EN VISIOMETRIA

Control anual.
Uso de correccion optica solo para vision proxima .
Uso de gafas por primera vez.
Uso de lagrimas naturales .
Valoración por optometría.

RESTRICCIONES LABORALES

CONCEPTO DE APTITUD: Apto con recomendaciones



Firma del medico especialista en Salud Ocupacional
Nombre: EILEEN ELENA ZAMORA CORDOBA
Especialidad: Medico Especialista en Salud Ocupacional
Licencia S.O.: 2206 Registro No.: 1120739510



Firma del Paciente
Tipo y No. Id: CC 17957359

La I.P..S. SALUD SOCIAL INTEGRAL SAS cumple con todos los protocolos de bioseguridad según resolución 666 de 2020 para la atención de los usuarios. A todos nuestros usuarios se les está aplicando la encuesta epidemiológica de covid-19. Según los lineamientos del ministerio de salud y protección social para prestadores de servicios de SST no se realizaran espirometrias hasta que dicho ministerio así lo determine.

Hace constar:

Que el Sr(a) HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17957359 realizó el día 12/05/2025 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, Articulo 2.2.4.6.11., Parágrafo 2.

Compromiso SST:

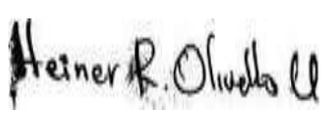
Yo HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17957359 me comprometo a dar cumplimiento a las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (Decr. 1072/2015):

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

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17957359 realizó el día 12/05/2025 la Capacitación Módulo 1 - Generalidades en Seguridad y Salud en el Trabajo de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17957359 realizó el día 12/05/2025 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17957359 el día 12/05/2025 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

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Hace constar:

Que el Sr(a) HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 17957359 realizó el día 12/05/2025 la Capacitación de protocolos de bioseguridad.

De acuerdo a lo establecido en la Resolución 666 de 2020 del ministerio de salud y protección y social, la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del SENA, mediante la cual se establece el protocolo de medidas generales y de bioseguridad para prevenir y mitigar la propagación del COVID-19, Circular 01-03-2020-000156 del 02 de septiembre del 2020 del Sena, mediante el cual se establece el alcance a la circular 01-03-2020-000098 del 29 de mayo de 2020 del

Banco de Bogotá

Nit.860.002.964.4
Calle 36 N° 7 - 47 Bogotá

REFERENCIA BANCARIA

El BANCO DE BOGOTÁ a solicitud del interesado informa que HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ, identificado(a) con Cedula de ciudadanía número 17.957.359 está vinculado(a) con el BANCO DE BOGOTÁ a través de los siguientes productos financieros:

Cuentas de Ahorros No. 318292141, abierta/o desde el 9/4/2019.

Se expide en Bogotá el día 6 del mes de Mayo del año 2025 con destino a: Heiner olivella



_____

Firma Autorizada

ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SE SUMINISTRA SIN RESPONSABILIDAD ALGUNA POR PARTE DEL BANCO

FORMATO CERTIFICACIÓN DEPENDIENTES PARA CONTRATISTAS

RIOHACHA, 23 de Abril del 2025

Señores

SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE (SENA)
RIOHACHA

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	**1120754875**	**ANA VICTORIA OLIVELLA OÑATE**	**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,



HEINER RAFAEL OLIVELLA URBAEZ
C.C. 17.957.359

REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: N 2330147

NUIP 1.120.754.875

Tipo de certificado	Datos Esenciales ☐	Acreditar Parentesco ☒

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

OLIVELLA OÑATE ANA VICTORIA

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)											Sexo (en letras)	Tipo Sanguíneo
Año	2	0	1	7	Mes	J	U	L	Día	3	0	FEMENINO	O +

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA LA GUAJIRA SAN JUAN DEL CESAR

Fecha de Inscripción (Mes en letras)											Indicativo serial
Año	2	0	1	7	Mes	S	E	P	Día	1	2	0053635084

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

OÑATE CALDERON LUISA LEONOR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 26.996.752	COLOMBIA

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

OLIVELLA URBAEZ HEINER RAFAEL

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA 17.957.359	COLOMBIA

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

OÑATE CALDERON LUISA LEONOR

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 26.996.752

Espacio para notas

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio	Código
COLOMBIA LA GUAJIRA FONSECA	X 3 8

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Año	2	0	2	1	Mes	S	E	P	Día	1	4

Nombre y firma del funcionario

CECILIA BIANNETH LINARES ROMERO

Registrador del Estado Civil

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL — Adhesivo Copia Registro Civil 28471713-2

Powered by CamScanner