CAS ¡Más Cerca, Mejor conectados ambientalmente! 4.0	**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS**	Código: F-PCT-026 Versión: 02 Página: 1 de 1 Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación **ORDEN DE PAGO - CPS**

Fecha de Presentación:	15- mayo - 2024			**Evidencias:**	**SI**				
Contratista:	**SILVIA JULIANA BELTRAN ARENALES**								
C.C. o NIT:	63.397.810 expedida en Málaga - Santander								
Documento Principal: (Marque con una X)	Contrato	**X**	Convenio		Adicional	**X**			
Número del Contrato	**CPS 00196-2024 DE 15-febrero -2024**			**REGISTRO PRESUPUESTAL (Recuerde que en este campo debe registrar los números de RP del contrato inicial y adicionales si existen)**			**No.**	**24-00357 24-01377**	
Objeto del Contrato:	**"PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADORA DE EMPRESAS PARA BRINDAR APOYO EN EL DESARROLLO DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES Y PROCESOS QUE ADELANTA LA SECRETARIA GENERAL DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS."**								
Valor mensual a pagar: (Números y Letras)	$3.232.972 -TRES MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS MCT.								
Documentos Anexos:	*Planilla Pago Seguridad Social y Parafiscales - Informe de actividades y supervisión, Rut Actualizado (Solo Primer cuenta).			Certificación Bancaria. Primera cuenta: __ Cambio de Cuenta: __ ***De otra forma no adjuntar Certificación***.			Otros Documentos: Paz y salvo y Examen de Egreso.		
Periodo a Cobrar:	15-abril-2024 / 14-Mayo-2024			Pago No:	003		Parcial: _		Final:

Dando cumplimiento a lo establecido en el art. 1 Del Decreto 1070 de mayo 28 de 2013 y como persona residente en Colombia, EL CONTRATISTA declara:	**SI**	**NO**
a) Durante el año gravable 2022, el 80% o más de mis ingresos brutos provinieron de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesión. (Marque con una X)	X	
b) Por el año gravable 2022 soy una persona natural que obtuvo ingresos brutos totales superiores a ($53.205.600,00), según Decreto 2105 del 22 de diciembre de 2016 y por lo tanto estoy obligado a presentar declaración anual del impuesto de renta al gobierno colombiano. (Marque con una X)		X
c) Manifiesto bajo la gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad, por tanto, solicito se me aplique la retención en la fuente conforme a lo establecido en el artículo 383 del E.T. ANEXO: -Dependiente Económico -Certificado Intereses Crédito Hipotecario -Aportes Medicina Prepagada	X	

RESPONSABLES:

SILVIA JULIANA BELTRAN ARENALES
CC 63.397.810
CONTRATISTA

GLORIA MILENA DURAN VILLAR
SUPERVISOR
DEPENDENCIA

Mediante el registro de sus datos personales en el presente documento usted autoriza a la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de que lleve el control de ingreso o asistencia, lo contacte , consulte la información registrada en otras bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada, nacional o internacional, adelante trámites ante autoridades y atienda requerimientos de entidades públicas o privadas y, en general, para que la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS cumpla las demás finalidades establecidas en el aviso de privacidad publicado en http://cas.gov.co, el cual declara haber leído previamente al otorgamiento de la autorización. Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento es la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, ubicada en la Carrera 12 No. 9-06, San Gil, Santander PBX: (57 7)723 8925, 7240765 correo electrónico: contactenos@cas.gov.co

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN

1. Información General del Contrato

CONTRATO No.:	**CPS 00196-2024 de 15 de febrero -2024**		
CONTRATISTA:	**SILVIA JULIANA BELTRAN ARENAES**		
Nit o C.C. No.	**63.397.810 EXPEDIDA EN MALAGA SANTANDER**		
OBJETO:	**PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADORA DE EMPRESAS PARA BRINDAR APOYO EN EL DESARROLLO DE LAS DIFERENTES ACTIVIDADES Y PROCESOS QUE ADELANTA LA SECRETARIA GENERAL DE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS.**		
VALOR INICIAL:	**$6.465.944**		
VALOR ADICIONAL:	**$3.232.972.**		
PLAZO CONTRATO:	**DOS (02) MESES**		
PLAZO ADICIONAL:	**UN (01) MES**		
SUPERVISORA:	**GLORIA MILENA DURAN VILLA**		
CARGO SUPERVISORA:	**SECRETARIA GENERAL**		
FECHA INICIO DEL CONTRATO:	**15-febrero-2024**		
FECHA DE SUSPENSIÓN 1-2-3: (Si existe más de 1 suspensión registre en orden las fechas 1, 2, 3…)	NO APLICA		
FECHA DE REINICIO 1-2-3: (Si existe más de 1 reinicio registre en orden las fechas 1, 2, 3…)	NO APLICA		
FECHA DE TERMINACIÓN 1:	14-abril-2024		
FECHA DE TERMINACIÓN 2-3-4: (Si existe una suspensión registre en orden las fechas de terminación 2, 3, 4…)	14-mayo-2024		
VALOR A PAGAR	$3.232.972		
PERIODO DE PAGO:	15-abril-2024 al 14-Mayo-2024		
PAGO No: (En Números)	**003**		

2. Información Financiera del Contrato

VALOR DEL CONTRATO:	$ 6`465.944
VALOR ADICIONAL:	$ 3´232.972
VALOR PAGO ACTUAL:	$ 3´232.972
VALOR PAGADO (A la fecha del informe)	$ 6´465.944
VALOR POR EJECUTAR	$ 00

3. Control Pago de Seguridad Social.

PERIODO PAGO	No PLANILLA	PAGO SALUD	PAGO PENSIÓN	PAGO RIESGOS	V/PAGADO TOTAL
15-02-2024 al 29-02-2024	4539602555	$97.500	$124.800	$4.100	$226.400
01-03-2024 al 31-03-2024	4548086055	$ 164.300	$ 210.300	$ 6.900	$381.500
01-04-2024 al 30-04-2024	4552082064	$ 225.000	$ 287.900	$ 9.500	$522.400
01-05-2024 al 31-05-2024	4552115132	$223.300	$ 285.800	$ 9.400	$518.500

4. Obligaciones Contractuales.

Por medio del presente se deja constancia que las actividades realizadas durante el periodo de pago son:

No.	Obligaciones Contractuales	Acciones realizadas	Evidencias
1.	Apoyar las actividades de secretaria general de la Corporación Autónoma Regional de Santander – CAS, que contribuyan al cumplimiento de las metas y actividades correspondientes al cumplimiento de las metas planteadas para la vigencia 2024 en los programas y proyectos del Plan de Acción Institucional de la CAS sistema del SIGEPII.	Elaboración de Certificaciones laborales recibidas a través de correo certificacioneslaboralescas@gmail.com	Correo electrónico certificacioneslaboralescas@gmail.com
2.	Realizar la publicación de diferentes procesos que adelante la entidad en la Tienda Virtual del Estado Colombiano-TVEC.	Atender llamadas con el fin, de orientar y dar a conocer los requisitos y procedimientos para solicitar las certificaciones laborales requeridas.	
3.	Consultar y orientar a las diferentes dependencias en el manejo de la TVEC, sobre los acuerdos marco existentes.	Apoyo a la gestión Administrativa que determine la oficina de la Secretaria General.	
4.	Brindar apoyo en la ejecución de actividades en los procesos de contratación a través de la orientación y soporte de la etapa precontractual y contractual.		
5.	Brindar apoyo en la ejecución de actividades en los procesos de contratación a través de la orientación y soporte de la etapa precontractual y contractual.		
6.	Realizar el análisis del sector económico.		

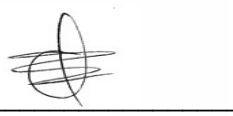
7.	Revisar los aspectos generales del mercado del bien, obra o servicio que sean relevantes en el proceso de contratación, entre los que se encuentran entre otros los aspectos económicos, técnicos y regulatorios del proceso		
8.	Asistir a las capacitaciones e inducciones que se programen sobre salud ocupacional y sistema de gestión integrado con el fin de generar actualización de los programas para la correcta ejecución del objeto contractual y cumplir con los procedimientos establecidos en el sistema de gestión integrado de la corporación.		
9.	Asistir a las capacitaciones e inducciones que se programen sobre salud ocupacional y sistema de gestión integrado con el fin de generar actualización de los programas para la correcta ejecución del objeto contractual y cumplir con los procedimientos establecidos en el sistema de gestión integrado de la corporación.		
10.	Asistir a las capacitaciones e inducciones que se programen sobre salud ocupacional y sistema de gestión integrado con el fin de generar actualización de los programas para la correcta ejecución del objeto contractual y cumplir con los procedimientos establecidos en el sistema de gestión integrado de la corporación.		
11.	Las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato para la correcta ejecución del objeto contractual.		

Así mismo, bajo la gravedad de juramento el SUPERVISOR certifica que verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista y el pago de los aportes al sistema de seguridad social, Fondo de Pensiones y Riesgos Profesionales, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002**. Anexo planillo de pago Seguridad social.**

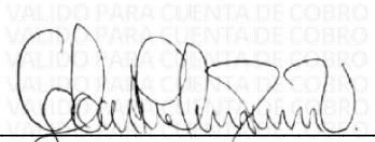
En consecuencia, con base en los informes presentados por el Contratista, respecto a las actividades ejecutadas en el presente contrato y como parte de la constancia para acceder a los recursos financieros aportados por parte de la Corporación Autónoma Regional de Santander, el supervisor CERTIFICA el cumplimiento del contrato a satisfacción, en el periodo mencionado, y hace constar que la información

suministrada en el presente informe es veraz y cumple con los parámetros establecidos con el objeto del contrato.

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe en la ciudad de San Gil – Santander, conforme a la fecha de presentación registrada en el formato F-PCT-026 ORDEN DE PAGO, la cual viene debidamente firmada por el supervisor y contratista.



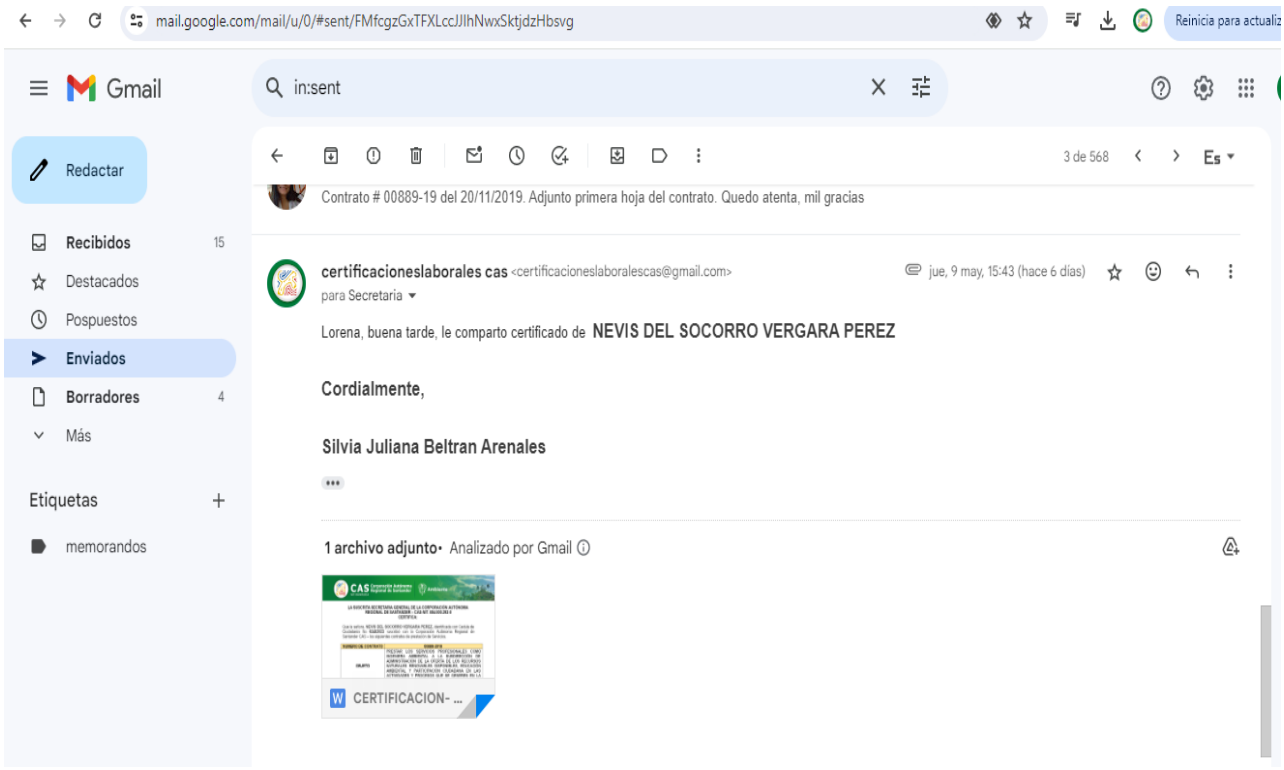
SILVIA JULIANA BELTRAN ARENALES
C.C. 63.397.810

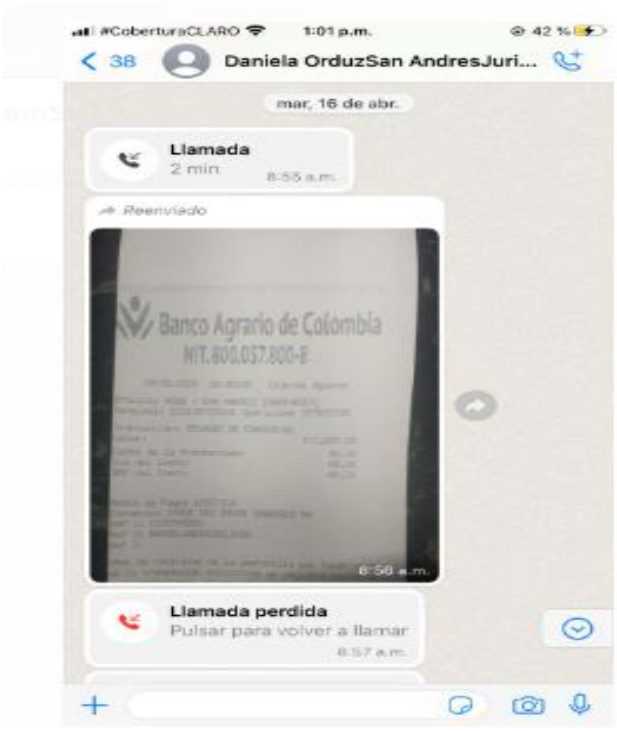


GLORIA MILENA DURAN VILLAR
SUPERVISOR

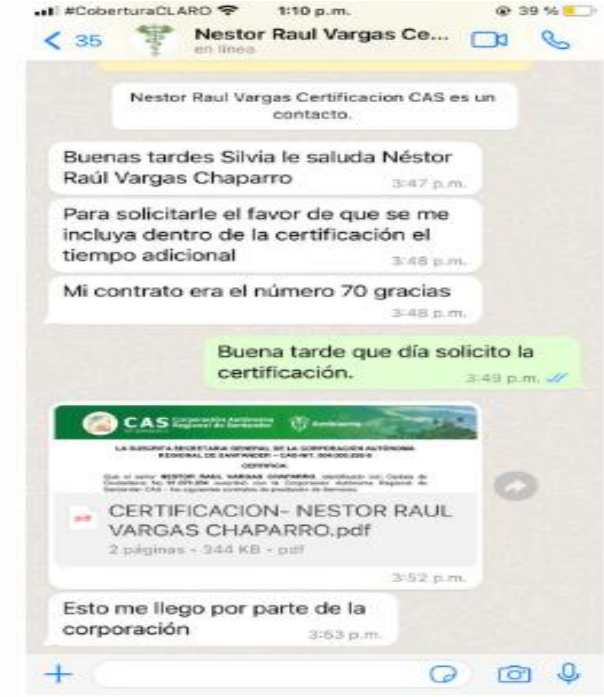
EVIDENCIAS

Mediante el registro de sus datos personales en el presente documento usted autoriza a la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de que lleve el control de ingreso o asistencia, lo contacte , consulte la información registrada en otras bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada, nacional o internacional, adelante trámites ante autoridades y atienda requerimientos de entidades públicas o privadas y, en general, para que la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS cumpla las demás finalidades establecidas en el aviso de privacidad publicado en http://cas.gov.co, el cual declara haber leído previamente al otorgamiento de la autorización.
Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento es la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, ubicada en la Carrera 12 No. 9-06, San Gil, Santander PBX: (57 7)723 8925, 7240765 correo electrónico: contactenos@cas.gov.co.


mail.google.com/mail/u/0/#sent/FMfcgzGxTFXLccJJlhNwxSktjdzHbsvg
Gmail
in:sent
Redactar
Recibidos 15
Destacados
Pospuestos
Enviados
Borradores 4
Más
Etiquetas
memorandos
Contrato # 00889-19 del 20/11/2019. Adjunto primera hoja del contrato. Quedo atenta, mil gracias
certificacioneslaborales cas <certificacioneslaboralescas@gmail.com>
jue, 9 may, 15:43 (hace 6 días)
para Secretaria
Lorena, buena tarde, le comparto certificado de NEVIS DEL SOCORRO VERGARA PEREZ
Cordialmente,
Silvia Juliana Beltran Arenales
1 archivo adjunto · Analizado por Gmail
CERTIFICACION- ...


#CoberturaCLARO 1:01 p.m. 42 %
38
Daniela OrduzSan AndresJuri...
mar, 16 de abr.
Llamada
2 min
8:55 a.m.
Reenviado
Banco Agrario de Colombia
NIT.800.037.800-8
8:56 a.m.
Llamada perdida
Pulsar para volver a llamar
8:57 a.m.


#CoberturaCLARO 1:01 p.m. 43 %
38
Daniela OrduzSan AndresJuri...
jueves
Certificado Laboral
a. Realizar pago por valor de $12.000 al número de cuenta de Ahorros 46042301261-8 Banco Agrario convenio 14458.
b. Enviar un correo electrónico a secretariageneral@cas.gov.co con el asunto SOLICITUD CERTIFICACION LABORAL. En el cuerpo del mensaje relacionar el nombre, cédula, número de celular y números de contrato a certificar y adjuntar dicha consignación.
8:58 a.m.
00951-2021
00124-2022
00930-2022
00393-2022
0004-2024
00350-2024
8:58 a.m.
Llamada
3 min


#CoberturaCLARO 1:10 p.m. 39 %
35
Nestor Raul Vargas Ce...
en línea
Nestor Raul Vargas Certificacion CAS es un contacto.
Buenas tardes Silvia le saluda Néstor Raúl Vargas Chaparro 3:47 p.m.
Para solicitarle el favor de que se me incluya dentro de la certificación el tiempo adicional 3:48 p.m.
Mi contrato era el número 70 gracias 3:48 p.m.
Buena tarde que día solicito la certificación. 3:49 p.m.
CERTIFICACION- NESTOR RAUL VARGAS CHAPARRO.pdf
2 páginas · 344 KB · pdf
3:52 p.m.
Esto me llego por parte de la corporación 3:53 p.m.


#CoberturaCLARO 1:12 p.m. 38 %
35
Erica Cas
últ. vez hoy a la(s) 1:06 p.m.
Pulsar para volver a llamar 3:46 p.m.
0:03 3:47 p.m.
Bueno si señora muchas gracias 3:48 p.m.
0:07 4:03 p.m.
Si señora siempre la reviso y no tampoco está 4:10 p.m.
jue, 25 de abr.
Hola Silvia buenos días, muchas gracias ya me llegó la certificación 9:30 a.m.
Hola buen dia, me alegra de igual manera el certificado se habia compartido desde el dia 11 de marzo, es importante validar bien en el correo de solicitud, feliz dia 9:33 a.m.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63397810
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SILVIA JULIANA BELTRAN ARENALES
CIUDAD/MUNICIPIO:	MALAGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CLL 11A N 13A-50	TELÉFONO:	6666666
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - SEGURIDAD SENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4552082064**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		9			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998682515

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 287.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 287.900**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 225.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 225.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 518.500**
VALOR MORA:	**$ 3.900**
TOTAL PAGADO:	**$ 522.400**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63397810
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SILVIA JULIANA BELTRAN ARENALES
CIUDAD/MUNICIPIO:	MALAGA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CLL 11A N 13A-50	TELÉFONO:	6666666
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de administración
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	001 - SEGURIDAD SENA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4552115132**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/05/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9998683151

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 285.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 285.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 223.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 223.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.400
		SUBTOTAL:	1	**$ 9.400**

VALOR SIN MORA:	**$ 518.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 518.500**

Planilla Pagada

Sebastián Pinzón Vargas
Médico RM 1098769691
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S.O. 0596sss
Cll. 11 No. 10-26 Cons.212 Tel. (607) 724 3269 Cel. 312 397 5030 - San Gil

CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

EMPRESA CONTRATANTE:

EMPRESA EN MISIÓN: CAS

INGRESO [ ] PERIÓDICO [ ] EGRESO [X] ALTURAS [ ] ESPECIAL: _____ FECHA: 19- Marzo- 2019

NOMBRE: Silvia Juliana Beltran Morales C.C.: 63.393.810

CARGO: Cardiologia CIUDAD: Malaga

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MÉDICO	[X]	6. ESPIROMETRÍA	[ ]	SEROLOGÍA	[ ]	P de O	[ ]
2. EXAMEN POSTURAL	[X]	7. VISIOMETRÍA	[ ]	GLICEMIA	[ ]	EKG:	[ ]
3. OSTEOMUSCULAR	[X]	8. PRUEBAS DE EQUILIBRIO	[ ]	PERFIL LIPIDICO	[ ]	RX:	[ ]
4. AUDIOMETRÍA	[ ]	9. VASCULAR PERIFERICO	[ ]	CH (HB - HCTO).	[ ]	OTRO:	_____
5. OPTOMETRÍA	[ ]						

CONCEPTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ] NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS [ ]

APLAZADO [ ] NO APLICA [X]

EXAMEN DE INGRESO

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGÍA APARENTE (Al examen físico y anamnesis) [ ] / CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR [ ] NO APLICA [ ]

APTO CON RESTRICCIÓN [ ] Por motivo de _____

APLAZADO [ ] Por motivo de _____

EXAMEN PERIÓDICO

PUEDE CONTINUAR LABORANDO [ ] _____ NO APLICA [X]

SE SUGIERE REUBICACION LABORAL / TEMPORAL [ ] Por motivo de _____ / PERMANENTE [ ] Por motivo de _____

EXAMEN DE EGRESO

REALIZADO [ ] _____ NO APLICA [ ]

EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO [ ] NO APLICA [X]

SE SUGIERE REUBICACION LABORAL / TEMPORAL [ ] Por motivo de _____ / PERMANENTE [ ] Por motivo de _____

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARP		OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILOS DE VIDA	
Control periódico PP por EPS	[ ]	Control periódico ocupacional	[X]	Dieta	[ ]
Remisión a EPS por: Hallazgos del Examen Físico	[ ]	Higiene postural	[X]	Ejercicio regular 3 veces/sem.	[ ]
Continuar manejo médico	[ ]	Utilización de EPP	[X]	Dejar e hábito de fumar	[ ]
Remisión a ARL para manejo del caso	[ ]	Realizar Pausas Activas	[ ]	Reducir el consumo de alcohol	[ ]
Seguimiento caso ARL	[ ]	Realización de pruebas complementarias	[ ]		

Incluir en SVE: VISUAL [ ] CARDIOVASCULAR [ ] AUDITIVO [ ] PSICOLABORAL [ ] RESPIRATORIO [ ] PARED ABDOMINAL [ ] ERGONÓMICO [ ] OSTEOMUSCULAR [ ] QUIMICO [ ] OTRO [ ]

PP Programa de promoción y prevención de la salud Higiene oral semestral, Citología cervicovaginal anual, control visual anual, Control de testículos anual, Control de seno anual, Control de prostata anual

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS

Continuar promoción y prevención de su salud por medio de su EPS

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS
Medico Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S.O. 0596sss
SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS

FIRMA DEL TRABAJADOR

CC 63'393.810 Malaga - Sder

Powered by CamScanner

CAS 4.0 Más Cerca, Mejor conectados y ambientalmente	FORMATO PAZ Y SALVO CONTRATISTA	Código: F-PCT-015 Versión: 09 Página: 1 de 1 Fecha de Aprobación:31/05/2023

INFORMACIÓN GENERAL			
Nombre del Contratista	Silvia Juliana Beltran Arenales	CEDULA	63.397.810
Dependencia	SGL		
Número de Contrato: 196-24	Fecha del contrato: Dia 15 Mes 02 Año 2024		
Fecha de Terminacion contrato ::	Dia 14 Mes 05 Año 2024		

Supervisor/Jefe de Dependencia

Jefe del Área de Bienes y Servicios

Gestión de Información Ambiental y Tecnologías de Apoyo

Mediante el registro de sus datos personales en el presente documento usted autoriza a la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de que lleve el control de ingreso o asistencia, lo contacte , consulte la información registrada en otras bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada, nacional o internacional, adelante trámites ante autoridades y atienda requerimientos de entidades públicas o privadas y, en general, para que la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS cumpla las demás finalidades establecidas en el aviso de privacidad publicado en http://cas.gov.co, el cual declara haber leído previamente al otorgamiento de la autorización.

Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento es la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, ubicada en la Carrera 12 No. 9-06, San Gil, Santander PBX: (57 7)723 8925, 7240765 correo electrónico: contactenos@cas.gov.co