



**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**


<b>Fecha de Presentación:</b>	DICIEMBRE 10 DE 2024	<b>Evidencias:</b>	<b>SI</b>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Contratista:</b>	CESAR FERNANDO CASTILLO MELGAREJO			
<b>C.C. o NIT:</b>	91.076.334			
<b>Documento Principal:</b> (Marque con una X)	Contrato	<input checked="" type="checkbox"/>	Convenio	<input type="checkbox"/>
			Adicional	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Número del Contrato</b>	00850 DE 2024	<b>REGISTRO PRESUPUESTAL</b> (Recuerde que en este campo debe registrar los números de RP del contrato inicial y adicionales si existen)	<b>No.</b>	24-03220 2407003
<b>Objeto del Contrato:</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS EN LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE LA OFERTA DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES DISPONIBLES, EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE LA CAS, PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN EN LA OFICINA DE APOYO REGIONAL ENLACE.			
<b>Valor mensual a pagar:</b> (Números y Letras)	UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS (\$1.473.382)			
<b>Documentos Anexos:</b>	*Planilla Pago Seguridad Social y Parafiscales - Informe de actividades y supervisión, Rut Actualizado (Solo Primer cuenta).	Certificación Bancaria. Primera cuenta: <input type="checkbox"/> Cambio de Cuenta: <input type="checkbox"/> <b>De otra forma no adjuntar Certificación.</b>	Otros Documentos: Examen de egreso, paz y salvo	
<b>Periodo a Cobrar:</b>	01 DE DICIEMBRE DEL 2024 AL 15 DE DICIEMBRE DEL 2024	<b>Pago No:</b>	005	Parcial: <input type="checkbox"/> Final: <input checked="" type="checkbox"/>
<b>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:</b>			<b>SI</b>	<b>NO</b>
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
<b>RESPONSABLES:</b>				
<b>CESAR FERNANDO CASTILLO M.</b> CC 91.076.334 CONTRATISTA		<b>SANDRO MIGUEL MOVIL CUJIA</b> SUPERVISOR DEPENDENCIA OFICINA ENLACE BUCARAMANGA		
<small>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 <a href="http://cas.gov.co">http://cas.gov.co</a>, 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: <a href="mailto:contactenos@cas.gov.co">contactenos@cas.gov.co</a></small>				

	<b>CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS</b>	Código: F-PCT-027
		Versión: 03
		Página: 1 de 10
		Fecha de Aprobación: 15/12/2022
Proceso: Contratación      INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS		

## INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN

### 1. Información General del Contrato

<b>CONTRATO No.:</b>	00850 DE 2024		
<b>CONTRATISTA:</b>	CESAR FERNANDO CASTILLO MELGAREJO		
<b>Nit o C.C. No.</b>	91.076.334		
<b>OBJETO:</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS EN LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE LA OFERTA DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES DISPONIBLES, EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE LA CAS, PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN EN LA OFICINA DE APOYO REGIONAL ENLACE.		
<b>VALOR INICIAL:</b>	ONCE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL SESENTA PESOS (\$ 11.787.060,00)		
<b>VALOR ADICIONAL:</b>	\$ 1.473.382		
<b>PLAZO CONTRATO:</b>	4 MESES		
<b>PLAZO ADICIONAL:</b>	QUINCE (15) DIAS		
<b>SUPERVISOR:</b>	SANDRO MIGUEL MOVIL CUJIA		
<b>CARGO SUPERVISOR (E):</b>	JEFE REGIONAL APOYO ENLACE BUCARAMANGA		
<b>FECHA INICIO DEL CONTRATO:</b>	31 DE JULIO DE 2024		
<b>FECHA DE SUSPENSIÓN 1-2-3:</b> (Si existe más de 1 suspensión registre en orden las fechas 1, 2, 3...)	NO APLICA		
<b>FECHA DE REINICIO 1-2-3:</b> (Si existe más de 1 reinicio registre en orden las fechas 1, 2, 3...)	NO APLICA		
<b>FECHA DE TERMINACIÓN 1:</b>	30 DE NOVIEMBRE DE 2024		
<b>FECHA DE TERMINACIÓN 2:</b>	15 DE DICIEMBRE DE 2024		
<b>FECHA DE TERMINACIÓN 2-3-4:</b> (Si existe una suspensión registre en orden las fechas de terminación 2, 3, 4...)	NO APLICA		
<b>VALOR A PAGAR</b>	UN MILLON CUATROCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS (\$1.473.382)		
<b>PERIODO DE PAGO:</b>	1 DE DICIEMBRE DEL 2024 AL 15 DE DICIEMBRE DEL 2024.		
<b>PAGO No: (En Números)</b>	005		

	<b>CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS</b>	Código: F-PCT-027
		Versión: 03
		Página: 2 de 10
		Fecha de Aprobación: 15/12/2022
<b>Proceso: Contratación      INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS</b>		

## 2. Información Financiera del Contrato

<b>VALOR DEL CONTRATO:</b>	\$ 11.787.060
<b>VALOR ADICIONAL:</b>	\$ 1.473.382
<b>VALOR PAGO ACTUAL:</b>	\$ 1.473.382
<b>VALOR PAGADO</b> (A la fecha del informe)	\$ 11.787.060
<b>VALOR POR EJECUTAR</b>	\$ 0

## 3. Control Pago de Seguridad Social.

PERIODO PAGO	No PLANILLA	PAGO SALUD	PAGO PENSIÓN	PAGO RIESGOS	V/PAGADO TOTAL
JULIO	4558194311	\$ 275.000	\$ 352.000	\$ 11.500	\$ 638.500
AGOSTO	4562377844	\$ 275.000	\$ 352.000	\$ 11.500	\$ 638.500
SEPTIEMBRE	4566904237	\$ 275.000	\$ 352.000	\$ 11.500	\$ 638.500
OCTUBRE	4571746186	\$ 275.000	\$ 352.000	\$ 11.500	\$ 638.500
NOVIEMBRE	4575091133	\$ 275.000	\$ 352.000	\$ 11.500	\$ 638.500
DICIEMBRE	4582731342	\$ 162.500	\$ 208.000	\$ 6.800	\$ 377.300

*(Recuerde que debe registrar todos los pagos de seguridad social que se realizan durante la ejecución del contrato y debe guardar el consecutivo mes a mes para cada pago: Enero – Febrero – Marzo – ETC ...)*

## 4. Obligaciones Contractuales.

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

Agregar las actividades de su contrato aquí

No.	Obligaciones Contractuales	Acciones realizadas	Evidencias
1.	Contribuir al cumplimiento de las actividades, metas trazadas en el plan de acción 2024- 2027, encaminadas a protección, conservación en la jurisdicción de la CAS.	Contribuí al cumplimiento de las actividades, metas trazadas en el plan de acción 2024-2027, encaminadas a protección, conservación en la jurisdicción de la CAS.	Bitácora
2.	Alimentar el centro de información de tramites ambientales CITA	Durante este periodo no se realizó esta actividad.	Sin evidencia



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE  
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 3 de 10

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

**Proceso: Contratación INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS**

3.	Proyectar los documentos y respuestas requeridas para las dependencias de conformidad con la normatividad establecida.	Durante este periodo no se realizó esta actividad.	Sin evidencia
4.	Apoyar en la elaboración de los informes de gestión y demás que sean requeridos para garantizar respuestas oportunas y adecuadas a los entes de control y a la entidad.	Apoye la elaboración en la consolidación de la información de expedientes de la Regional Bucaramanga.	Bitácora
5.	Ejecutar las actividades de la Subdirección de Administración de la Oferta de Recursos Naturales Renovables Disponibles Educación Ambiental y Participación Ciudadana que contribuyan al cumplimiento de las metas trazadas en el Plan de Acción 2024-2027.	Se revisaron los expedientes de concesión de aguas del municipio de Santa Barbara.	Bitácora
6.	Apoyar en todas las actividades administrativas referentes al manejo y control del archivo físico de la Subdirección, relacionados con expedientes, carpetas, sus instrumentos digitales y demás documentos que se generen en la dependencia.	Apoye la elaboración del informe matriz base de datos concesiones de agua.	Bitácora
7.	Apoyar en el proceso de apertura de expedientes y organización de la documentación relacionada a cada uno de los expedientes	Apoye la foliación de expedientes sancionatorios y concesiones de agua.	Bitácora
8.	Asistir a las capacitaciones 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 de los contratistas y cumplir con el sistema de gestión integral de la Corporación.	Durante este periodo no se ejecutó esta actividad.	Sin evidencia
9.	Dar cumplimiento al Manual de Políticas de Seguridad de la Información, adoptado mediante Resolución No. DGL 00238 del 12 de marzo de 2015, en la que se estipula que es deber de todo contratista efectuar las actividades y seguir los lineamientos definidos en dicho manual; el cual se halla incluido en el Sistema de Gestión Integrado de la Entidad con el código M-PGT001, en el cual se reglamentan las políticas de seguridad la información para equipos,	Durante el periodo se dio cumplimiento al Manual de Políticas de Seguridad de la Información, adoptado mediante Resolución No. DGL 00238 del 12 de marzo de 2015.	Bitácora



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE  
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 4 de 10

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación **INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS**

	instalaciones, redes e internet de la C.A.S. sus normas, prácticas y procedimientos.		
10.	Dar cumplimiento a los planes, programas, guías, compromisos y procedimientos que tenga establecidas la Entidad para la correcta ejecución de las actividades.	Durante este periodo se dio cumplimiento a los planes, programas, guías, compromisos y procedimientos que tenga establecidas la Entidad para la correcta ejecución de las actividades.	Bitácora
11.	Cumplir con las metas establecidas dentro del marco del Sistema de Gestión Integral condicionado por las directrices y designaciones del supervisor.	Durante este periodo se dio cumplimiento con las metas establecidas dentro del marco del Sistema de Gestión Integral condicionado por las directrices y designaciones del supervisor.	Bitácora
12	Dar cumplimiento a la Matriz de identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos y a la Políticas de seguridad y salud en el trabajo adoptada por la Cas, e igualmente, el contratista Es responsable de adquirir y utilizar adecuadamente los Elementos de Protección Personal en el desarrollo de sus actividades contractuales.	Durante este periodo se dio cumplimiento a la Matriz de identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos y a la Políticas de seguridad y salud en el trabajo adoptada por la Cas.	Bitácora
13	Las demás actividades que se requieran en relación con el objeto contractual.	Durante este periodo no se ejecutó esta actividad.	Sin evidencia

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 planilla 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 BUCARAMANGA, 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.

**CESAR FERNANDO CASTILLO M.**  
C.C. 91.076.334

**SANDRO MIGUEL MOVIL CUJIA.**  
SUPERVISOR



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE  
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 5 de 10

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación **INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS**

**EVIDENCIAS**

**Elaboración de Base de Datos en Excel de Procesos de concesión de aguas**

- Se elaboró una base de datos en Excel de los procesos de concesión de aguas , con el objetivo de gestionar de manera efectiva el seguimiento y control requerido, se relacionan los números de expedientes consolidados:

EXPEDIENTE	AÑO	NÚMERO DE RADICADO O RECIBO DE EXPEDIENTE - FECHA	ASUNTO	MUNICIPIO
520-02-01-00162-2015	2025	16/06/2015	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
520-02-01-00058-2015	2025	15/12/2014	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
064/15	2025	18/12/2014	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
520-00140-12	2012	5/07/2012	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
015/11	2011	22/11/2010	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
68705-00264-06	2006	28/07/2006	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE  
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 6 de 10

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación **INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS**

084-2010-	2010	5/02/2010	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
520-02-01-14	2014	16/08/2014	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
520-02-01-00073-15	2015	18/12/2014	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
066-15	2015	18/03/2015	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
520-02-01-00074-15	2015	18/03/2014	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
520-02-01-00060-15	2015	8/12/2014	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
520-02-01-00075-15	2015	18/12/2014	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
520-02-01-00078-15	2015	18/12/2014	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 7 de 10

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

**Proceso: Contratación INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS**

520-02-01-00232-15	2015	24/07/2015	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
68705-00031-18	2018	16/02/2018	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
68705-00031-18	2018	17/05/2018	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA
21020-00439-2018	2018	5/12/2018	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	SANTA BARBARA

Participación auditoría interna de calidad.

LISTA DE ASISTENCIA						Código: F-PTH-003
TEMA Apertura auditoría interna de SGI- CALIDAD 2024 segundo semestre						Versión: 08
FECHA 02 diciembre de 2024						Página 1 de 1
LUGAR Sede Regional de Apoyo Enlace (Bucaramanga)						Fecha de Aprobación: 01/06/2020
						HORARIO 8:00 am
ITEM	NOMBRE	ENTIDAD / DEPENDENCIA	CARGO	TELEFONO	E-MAIL	FIRMA
1	Elvira Roldán	Enlace	Contralista	316495400	elviraroldan@bolton.com	[Firma]
2	Guillermo Méndez	Enlace	Contralista	3177702467	silmar@xio.com	[Firma]
3	Jairo César Jiménez	Enlace	Contralista	3165009661	jcjimenes66@hotmail.com	[Firma]
4	Maria Ximena Siles	Enlace	Contralista	3202681061	mximenasaks@hotmail.com	[Firma]
5	Jorge Andrés Montilla	Enlace	Contralista	3214666797	jorge95012@gmail.com	[Firma]
6	Polibet Rueda Robles	Enlace	Contralista	3015351811	polibetruedatobles@gmail.com	[Firma]
7	Aurora Ayala Martínez	Enlace	Contralista	310779707	acamurta.netto11@gmail.com	[Firma]
8	Vanessa Ojeda	Enlace	Contralista	3134843100	vanessaojeda@gmail.com	[Firma]
9	Melany del Cid	Enlace	Contralista	3134106546	melanydelcid@hotmail.com	[Firma]
10	GUER SÁENZ	Enlace	Contralista	314776803		[Firma]
11	Jessica Vera B	Enlace	Contralista	3016366246	jess123pra@gmail.com	[Firma]
12	Sofía M. Hernández	Enlace	Funcionaria	3173758154	sofiam.hernandez@cas.gov.co	[Firma]
13	Alejandra Espinosa	Enlace	Contralista	3193519778	alejapoz@gmail.com	[Firma]
14	César Fernando Castillo	Enlace	Contralista	311206448	cesarfernandoc@gmail.com	[Firma]
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						

Firma Conferenciada: [Firmas] Oficina Responsable SGI-SGI: [Firma] SGI



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

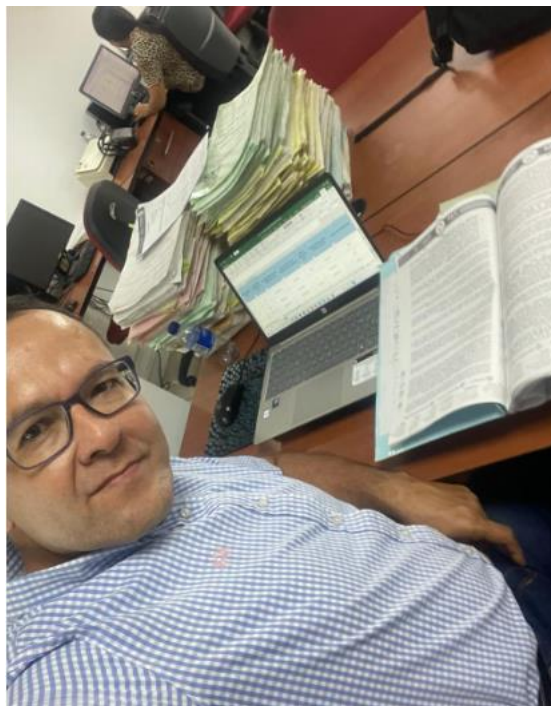
Versión: 03

Página: 8 de 10

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS





**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE  
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

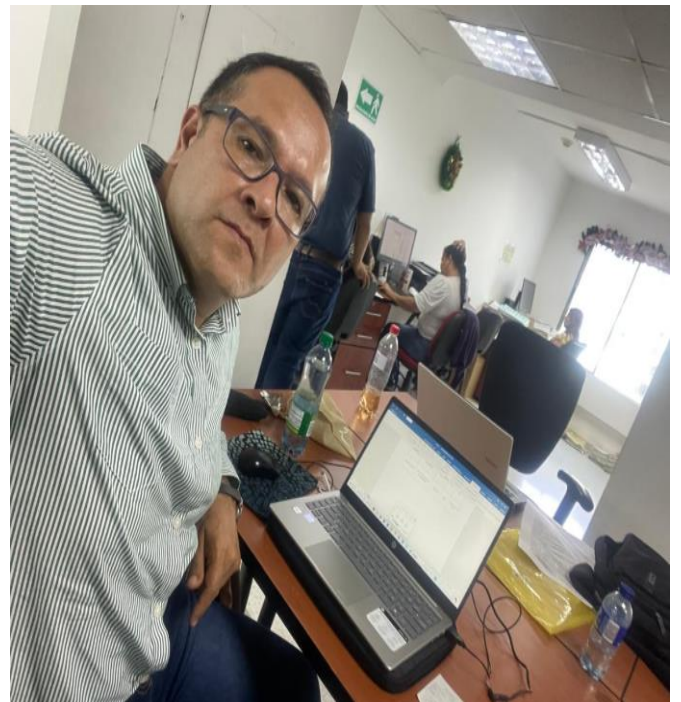
Versión: 03


Página: 9 de 10

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación

**INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS**



	<b>CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS</b>	Código: F-PCT-027
		Versión: 03
		Página: 10 de 10
		Fecha de Aprobación: 15/12/2022
<b>Proceso: Contratación      INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS</b>		

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](mailto:contactenos@cas.gov.co)



# Sebastián Pinzón Vargas

Médico RM 1098769691  
Especialista Salud Ocupacional  
Licencia S.O. 0596sss

Cil. 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 <input type="checkbox"/> PERIÓDICO <input type="checkbox"/> EGRESO <input checked="" type="checkbox"/> ALTURAS <input type="checkbox"/> ESPECIAL: _____	FECHA: <u>15-Diciembre-2024</u>
NOMBRE: <u>Cepai Fernando Castillo Malaguzo</u>	C.C.: <u>91.076.334</u>
CARGO: <u>Contratista</u>	CIUDAD: <u>San Gil</u>

### A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MÉDICO <input checked="" type="checkbox"/>	6. ESPIROMETRÍA <input type="checkbox"/>	SEROLOGÍA <input type="checkbox"/>	P de O <input type="checkbox"/>
2. EXAMEN POSTURAL <input checked="" type="checkbox"/>	7. VISIOMETRÍA <input type="checkbox"/>	GLICEMIA <input type="checkbox"/>	EKG: <input type="checkbox"/>
3. OSTEOMUSCULAR <input checked="" type="checkbox"/>	8. PRUEBAS DE EQUILIBRIO <input type="checkbox"/>	PERFIL LIPÍDICO <input type="checkbox"/>	RX: <input type="checkbox"/>
4. AUDIOMETRÍA <input type="checkbox"/>	9. VASCULAR PERIFÉRICO <input type="checkbox"/>	CH (HB - HCTO). <input type="checkbox"/>	OTRO: _____
5. OPTOMETRÍA <input type="checkbox"/>			

### CONCEPTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS <input type="checkbox"/>	NO APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS <input type="checkbox"/>
APLAZADO <input type="checkbox"/>	NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/>
<b>EXAMEN DE INGRESO</b>	
APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO / SIN PATOLOGÍA APARENTE (Al examen físico y anamnesis) <input type="checkbox"/>	NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/>
CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR <input type="checkbox"/>	
APTO CON RESTRICCIÓN <input type="checkbox"/> Por motivo de _____	
APLAZADO <input type="checkbox"/> Por motivo de _____	
<b>EXAMEN PERIÓDICO</b>	
PUEDE CONTINUAR LABORANDO <input type="checkbox"/>	NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/>
SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL / TEMPORAL <input type="checkbox"/> Por motivo de _____	
PERMANENTE <input type="checkbox"/> Por motivo de _____	
<b>EXAMEN DE EGRESO</b>	
REALIZADO <input checked="" type="checkbox"/>	NO APLICA <input type="checkbox"/>
<b>EXAMEN ESPECIAL</b>	
REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO <input type="checkbox"/>	NO APLICA <input checked="" type="checkbox"/>
SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL / TEMPORAL <input type="checkbox"/> Por motivo de _____	
PERMANENTE <input type="checkbox"/> Por motivo de _____	

### CONDUCTA

<b>MANEJO POR EPS/ARP</b>	<b>OCUPACIONALES</b>	<b>HABITOS Y ESTILOS DE VIDA</b>
Control periódico PP por EPS <input type="checkbox"/>	Control periódico ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	Dieta <input checked="" type="checkbox"/>
Remisión a EPS por: Hallazgos del Examen Físico <input type="checkbox"/>	Higiene postural <input checked="" type="checkbox"/>	Ejercicio regular 3 veces/sem. <input checked="" type="checkbox"/>
Continuar manejo médico <input type="checkbox"/>	Utilización de EPP <input checked="" type="checkbox"/>	Dejar e hábito de fumar <input type="checkbox"/>
Remisión a ARL para manejo del caso <input type="checkbox"/>	Realizar Pausas Activas <input type="checkbox"/>	Reducir el consumo de alcohol <input type="checkbox"/>
Seguimiento caso ARL <input type="checkbox"/>	Realización de pruebas complementarias <input type="checkbox"/>	
Incluir en SVE VISUAL <input type="checkbox"/>	AUDITIVO <input type="checkbox"/>	ERGONÓMICO <input type="checkbox"/>
CARDIOVASCULAR <input type="checkbox"/>	PSICOLABORAL <input type="checkbox"/>	PARED ABDOMINAL <input type="checkbox"/>
	RESPIRATORIO <input type="checkbox"/>	OSTEOMUSCULAR <input type="checkbox"/>
		QUÍMICO <input type="checkbox"/>
		OTRO <input type="checkbox"/>

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 próstata anual

### RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS

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 VERDÍCO Y PUEDE SER CONFIRMADO

**SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS**  
Médico - Cirujano  
Especialista Salud Ocupacional  
Licencia S.O. 0596sss

FIRMA DEL TRABAJADOR  
[Firma]  
cc 91076334 de San Gil.