CAS Corporación Autónoma Regional de Santander	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**

Fecha de Presentación:	13 DE DICIEMBRE DE 2024			**Evidencias:**	**SI** ■				
Contratista:	LINA YONAIRA RAMIREZ CARREÑO								
C.C. o NIT:	1.098.609.305 De Bucaramanga								
Documento Principal: (Marque con una X)	Contrato	X	Convenio		Adicional				
Número del Contrato	00910-2024			**REGISTRO PRESUPUESTAL (Recuerde que en este campo debe registrar los números de RP del contrato inicial y adicionales si existen)**		**No.**	**24-03776**		
Objeto del Contrato:	PRESTAR APOYO A LA GESTION COMO ESTUDIANTE DE ADMINISTRACION PUBLICA 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.								
Valor mensual a pagar: (Números y Letras)	DOS MILLONES CIENTO SIETE MIL CIENTO VEINTISEIS PESOS DE MTC $ 2.107.126								
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: certificado de egreso y resolución Paz y salvo		
Periodo a Cobrar:	23 DE NOVIEMBRE AL 22 DE DICIEMBRE DE 2024			Pago No:	004		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 2023, 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 2023 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:

LINA YONAIRA RAMIREZ CARREÑO
CC 1.098.609.305 De Bucaramanga
CONTRATISTA

EYMAR YESITH BAEZ CAMACHO
SUPERVISOR
SAO

CAS Corporación Autónoma Regional de Santander	**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS**	Código: F-PCT-026 Versión: 02 Página: 2 de 1 Fecha de Aprobación: 15/12/2022
Proceso: Contratación	**ORDEN DE PAGO**	

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.:	00910-2024		
CONTRATISTA:	LINA YONAIRA RAMIREZ CARREÑO		
Nit o C.C. No.	1.098.609.305 De Bucaramanga		
OBJETO:	PRESTAR APOYO A LA GESTION COMO ESTUDIANTE DE ADMINISTRACION PUBLICA 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.		
VALOR INICIAL:	$ 8.428.504		
VALOR ADICIONAL:	N/A		
PLAZO CONTRATO:	CUATRO (04) MESES		
PLAZO ADICIONAL:	N/A		
SUPERVISOR:	EYMAR YESITH BAEZ CAMACHO		
CARGO SUPERVISOR:	SUBDIRECTOR SAO		
FECHA INICIO DEL CONTRATO:	VEINTITRÉS (23) DE AGOSTO DE 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:	VEINTIDOS (22) DE DICIEMBRE DE 2024		
FECHA DE TERMINACIÓN 2-3-4: (Si existe una suspensión registre en orden las fechas de terminación 2, 3, 4…)	NO APLICA		
VALOR A PAGAR	$ 2.107.126		
PERIODO DE PAGO:	23 DE NOVIEMBRE AL 22 DE DICIEMBRE DE 2024		
PAGO No: (En Números)	4		

2. Información Financiera del Contrato

VALOR DEL CONTRATO:	$ 8.428.504
VALOR ADICIONAL:	$ N/A
VALOR PAGO ACTUAL:	$ 2.107.126
VALOR PAGADO (A la fecha del informe)	$ 6.321.378
VALOR POR EJECUTAR	$ 0

3. Control Pago de Seguridad Social.

PERIODO PAGO	No PLANILLA	PAGO SALUD	PAGO PENSIÓN	PAGO RIESGOS	V/PAGADO TOTAL
AGOSTO 2024	4566320571	$ 165.800	$ 212.200	$ 7.000	$ 385.000
SEPTIEMBRE 2024	4575100191	$ 165.000	$ 211.200	$ 7.000	$ 383.200
OCTUBRE 2024	4581367418	$ 165.900	$ 212.300	$ 7.000	$ 385.200
NOVIEMBRE 2024	4581367876	$ 162.700	$ 208.200	$ 6.900	$ 377.800
DICIEMBRE 2024	4581368619	$ 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:

No.	Obligaciones Contractuales	Acciones realizadas	Evidencias
1	Contribuir al cumplimiento de las metas trazadas en el Plan de Acción cuatrienal denominado Es el Tiempo de la Sostenibilidad 2024-2027 y los programas y proyectos del Plan Regional Ambiental PGAR.	Se contribuye con cada una de las metas trazadas con el fin de dar cumplimiento al plan de acción.	N/A
2	Recibir documentos de parte de la oficina jurídica y demás oficinas de apoyo a la gestión relacionadas con solicitudes de los permisos, concesiones, autorizaciones	Actividad no requerida para este periodo	N/A
3	y licencias ambientales y demás instrumentos de manejo ambiental de que contribuyan al cumplimento de las metas y actividades asignadas a la Administración de la Oferta de Recursos Naturales Renovables Disponibles, Educación Ambiental y Participación Ciudadana, para ser entregadas al funcionario responsable de la revisión técnica de dichas solicitudes	Actividad no requerida para este periodo	N/A
4	Archivar en los expedientes y/o carpetas correspondientes documentos y soportes técnicos relacionados con solicitudes de los permisos, concesiones, autorizaciones y licencias	Actividad no requerida para este periodo	N/A

	ambientales y demás instrumentos de manejo ambiental de que contribuyan al cumplimento de las metas y actividades asignadas a la Administración de la Oferta de Recursos Naturales Renovables Disponibles, Educación Ambiental y Participación Ciudadana.		
5	Contribuir en la preparación y 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.	Actividad no requerida para este periodo	N/A
6	Proyectar los documentos y respuestas requeridas para las dependencias de conformidad con la normatividad establecidos.	Actividad no requerida para este periodo	N/A
7	Preparar y alimentar bases de datos relacionados con la gestión administrativa relacionadas con solicitudes y expedientes aperturados de los permisos, concesiones, autorizaciones y licencias ambientales y demás instrumentos de manejo ambiental de que contribuyan al cumplimento de las metas y actividades asignadas a la Administración de la Oferta de Recursos Naturales Renovables Disponibles, Educación Ambiental y Participación Ciudadana, para ser entregadas al funcionario responsable de la revisión técnica de dichas solicitudes.	Actividad no requerida para este periodo	N/A
8	Apoyar en la organización, clasificación y archivo, para efectuar la gestión documental de Subdirección de Administración de la Oferta de Recursos Naturales Renovables disponibles Educación Ambiental y Participación Ciudadana	Actividad no requerida para este periodo	N/A
9	Recopilación de información y digitación de listados informativos.	Actividad no requerida para este periodo	N/A
10	Alimentar centro de información de tramites ambientales CITA	Se realizó la respectiva revisión de la documentación enviada por contratista y funcionarios autorizados para enviar al archivo del aplicativo cita, sé reaccionan y se archivó documentos de los expedientes de la Subdirección de administración de la oferta de recursos	PDF

		naturales renovables disponibles, educación ambiental y participación ciudadana	
11	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 en dicho manual el cual se halla incluido en el Sistema de Gestión Integrado de la Entidad con el código M-PGT-001 el cual se reglamenta las políticas de seguridad la información para equipos, instalaciones, redes e internet de la C.A.S. sus normas, prácticas y procedimientos.	Se da cumplimiento al Manual de Políticas de Seguridad de la Información.	
12	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.	Actividad no requerida para este periodo	N/A
13	Cumplir con las metas establecidas dentro del marco del Sistema de Gestión Integral condicionado por las directrices y designaciones del supervisor.	Actividad no requerida para este periodo	N/A
14	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.	Actividad no requerida para este periodo	N/A
15	Las demás actividades que se requieran en relación con el objeto contractual.	Actividad no requerida para este periodo	N/A

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 san gil, 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.



LINA YONAIRA RAMIREZ CARREÑO
C.C. 1.098.609.305



EYMAR YESITH BAEZ CAMACHO
SUPERVISOR

EVIDENCIA

Se anexa informe en pdf y Excel como evidencia de la actividad: Se realizó la respectiva revisión de la documentación enviada por contratista y funcionarios autorizados para enviar al archivo del aplicativo cita, sé reaccionan y se archivó documentos de los expedientes de la Subdirección de administración de la oferta de recursos naturales renovables disponibles, educación ambiental y participación ciudadana

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098609305
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LINA YONAIRA RAMIREZ CARRENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	PIEDECUESTA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CL 1 12 75	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4581368619	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/12/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990938562

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 208.000
SUBTOTALES:										**$ 208.000**	**$ 0**	**$ 208.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS046	EPS046-SALUD MIA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 0	$ 0	$ 162.500
SUBTOTALES:													**$ 162.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 162.500**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 6.800	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 6.800
SUBTOTALES:									**$ 6.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN								SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	RESIDENTE TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1098609305	RAMIREZ CARRENO LINA YONAIRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.300.000				NO	30																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS046-SALUD MIA EPS	30	$ 1.300.000	$ 162.500	$ 0	$ 162.500	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 109860930	$ 6.800	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 377.300

Planilla Pagada

DR. CARLOS EDUARDO ARCE POSADA

MEDICO Y CIRUJANO - U. LIBRE DE BARRANQUILLA TP. 13889731
ESPECIALISTA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO - U. MANUELA BELTRAN RES. 2940 DE 2022
FLORIDABLANCA - SANTANDER
Celular: 3123099352

CERTIFICADO DE APTITUD OCUPACIONAL

TIPO DE EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL

PRE-OCUPACIONAL		*PERIODICO*		*VALORACION MEDICA*		*EGRESO*	*X*	*ALTURAS*	

FECHA:DICIEMBRE 22 DE 2024	CIUDAD	FLORIDABLANCA	
EMPRESA:CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER	CARGO	CONTRATISTA	
NOMBRE: LINA YONAIRA RAMIREZ CARREÑO	CEDULA	1.098.609.305	EDAD: 39 AÑOS

EPS: SURA. FP:COLPENSIONES. ARL:POSITIVA

Exámenes Practicados		Laboratorios		Laboratorios		Otros	
Evaluacion Medica Ocupacional	X	Colesterol		Glicemia		Pruebas de vertigo	
Optometría/Visiometría		Trigliceridos		Serologia		Perfil lipídico	
Audiometría		DHL		Coprologico		Rx de torax	
Espirometría		Hemoglobina		Parcial de orina		Rx columna	
Electrocardiograma		Hematocrito		Cuadro hemático		Otros	

APTO PARA EL CARGO		
Apto con restricción		
No Apto		
Aplazado		
Egreso	X	SIN EVIDENCIAS DE ENFERMEDAD LABORAL

Apto para trabajar en alturas	NA	No apto para trabajar en alturas	NA

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

SE ATIENDE USUARIA BAJO LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD ANTE PANDEMIA Y CONTINGENCIA COVID 19.
SE VALORA USUARIA Y NO SE ENCUENTRA SIGNOS Y SINTOMAS COMPATIBLES CON COVID 19.
SIN EVIDENCIA DE ENFERMEDAD LABORAL.

Dr. Carlos Eduardo Arce Posada
Médico Y Cirujano UNILIBRE
T.P. 13889731
Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
Res. 2940 de 18 de Febrero de 2022

CARLOS EDUARDO ARCE POSADA
RES. S.O. 002940 DE 2022 TP MEDICO 13889731

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC: 1.098.609.305 de Bucarmanga

República de Colombia Gobernación de Santander	RESOLUCIÓN	CÓDIGO	AP-JC-RG-89
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	22/05/2017
		PÁGINA	1 de 1

RESOLUCION NÚMERO 02940 **DE**

POR LA CUAL SE RENUEVA UNA LICENCIA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EL SUSCRITO SECRETARÍO DE SALUD DEPARTAMENTAL

En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,

CONSIDERANDO:

Que **CARLOS EDUARDO ARCE POSADA** identificado(a) con Cédula de Ciudadania No. 13889731 ha solicitado Renovación de licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander.

Que al peticionario le fue otorgada la Licencia de Prestación de Servicios de Salud Ocupacional, mediante Resolución No. 03764 de 20 de marzo del 2012 de la Secretaria de Salud de Gobernación de Santander y concedida por un término de diez (10) años contados a partir de la expedición de la Resolución, la cual ha cumplido su vigencia.

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012, el peticionario ha presentado la documentación requerida para la Renovación de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental.

RESUELVE:

ARTÍCULO 1: Renuévese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **CARLOS EDUARDO ARCE POSADA.** - MEDICO Y CIRUJANO -. ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cedula de Ciudadania No. 13889731, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica, Investigación del accidente de trabajo, Educación, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.

ARTÍCULO 2: La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el término de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolución.

ARTÍCULO 3: Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgó esta Licencia, en el término máximo de un mes se debe informar a la Secretaria de Salud de Santander para la modificación de la misma.

ARTÍCULO 4: Esta Licencia es válida en todo el Territorio Nacional y tendrá carácter personal e intransferible.

ARTÍCULO 5: Contra la presente Resolución procede los recursos legales.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE
Dada en Bucaramanga a los 18 FEB 2022

JAVIER ALONSO VILLAMIZAR SUAREZ
Secretario de Salud Departamental

VoBo: Luis Felipe Tarazona V.- Director Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó: Yelitza Hernández G. – Coordinador Grupo de Acreditación en Salud y SOGC
Proyectó: Helena Gordillo O. - Grupo de Acreditación en salud S.O.G.C.

NOTIFICACION

En la oficina de Salud Ocupacional de la Secretaría de Salud de Santander

Comparece: Carlos Eduardo Arce Posada

Con cédula de ciudadanía Número: 13.889.731

Expedida en: 22-Oct-1977 Barrancabermeja

Fecha: 13-Mayo-2022

Notificado: Notificador:

Entrega de licencia: Personal [X] Autorizado [ ]

Gobernación de Santander
Secretaría de Hacienda

Recaudo de Estampillas

Recibo Nº 2502200183022

BBVA
CENT. DE CAJA GOB. DE SANTANDER
16 MAR 2022
AUX. No. 3
C. 5 1 5 1 D O
C. EMISIONACION

Trámite: CERTIFICACION DE DOCUMENTOS OFICIALES

Con destino a: Secretaría de Salud Departamental - BUCARAMANGA

Tipo de Doc: C.C.
Nombre: CARLOS EDUARDO ARCE POSADA
Dirección:

Número: 13889731
Teléfono:

PRO HOSPITAL	$3.300
PRO DESARROLLO	$1.300
PRO ELECTRIFICACION	$1.700
PRO CULTURA	$[illegible]
PRO BIENESTAR ADULTO MAYOR	$1.390
	$10.900
Total Estampillas	$1.090
Ordenanza 012	$11.990
Total a Pagar	