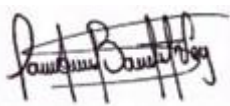


	CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS	Código: F-PCT-026
		Versión: 03
		Página: 1 de 1
		Fecha de Aprobación: 20-02-2025
Proceso: Contratación ORDEN DE PAGO - CPS		

Fecha de Presentación:	23 de mayo de 2025		Evidencias:		SI 	
Contratista:	PAULA ANDREA BAUTISTA VESGA					
C.C. o NIT:	1100966694					
Documento Principal: (Marque con una X)	Contrato	☒	Convenio	☐	Adicional	☒
Número del Contrato	00164- 2025				REGISTRO PRESUPUESTAL (Recuerde que en este campo debe registrar los números de RP del contrato inicial y adicionales si existen)	No. 25-00304 25-01360
Objeto del Contrato:	PROPORCIONAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO METALÚRGICO ESPECIALIZADO EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO, CON EL FIN DE APOYAR LA PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO DE LA SECRETARÍA GENERAL.					
Valor mensual a pagar: (Números y Letras)	CUATRO MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y NUEVE (\$4.374.489)					
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: — <i>De otra forma no adjuntar Certificación.</i>		Otros Documentos: Paz y Salvo, Examen de egreso, Registro Civil y Carta de Dependientes	
Periodo a Cobrar:	20 de abril de 2025 a 19 mayo de 2025		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 2024, 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 2024 soy una persona natural que obtuvo ingresos brutos totales superiores a (\$65.891.000) 1.400 UVT, 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:  						
PAULA ANDREA BAUTISTA VESGA 1100966694 CONTRATISTA			GLORIA MILENA DURÁN VILLAR SECRETARIA GENERAL SUPERVISOR			

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

	CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS	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

CONTRATO No.:	CPS- 00164-2025		
CONTRATISTA:	PAULA ANDREA BAUTISTA VESGA		
Nit o C.C. No.	1100966694		
OBJETO:	PROPORCIONAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO METALÚRGICO ESPECIALIZADO EN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO, CON EL FIN DE APOYAR LA PLANIFICACIÓN, DOCUMENTACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTIÓN INTEGRADO DE LA SECRETARÍA GENERAL.		
VALOR INICIAL:	\$8,748,978.00		
VALOR ADICIONAL:	\$4,374.489.00		
PLAZO CONTRATO:	DOS MESES (02)		
PLAZO ADICIONAL:	UN MES (01)		
SUPERVISOR:	GLORIA MILENA DURAN VILLAR		
CARGO SUPERVISOR:	SECRETARIA GENERAL		
FECHA INICIO DEL CONTRATO:	20 DE FEBRERO 2025		
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:	19 DE ABRIL 2025		
FECHA DE TERMINACIÓN 2-3-4: (Si existe una suspensión registre en orden las fechas de terminación 2, 3, 4...)	19 DE MAYO 2025		
VALOR PARA PAGAR	\$ 4,374.489.00		
PERIODO DE PAGO:	20 de abril 19 de mayo de 2025.		
PAGO No: (En Números)	03		

2. Información Financiera del Contrato

VALOR DEL CONTRATO:	\$ 8,748,978.00
VALOR ADICIONAL:	\$ 4,374.489.00
VALOR PAGO ACTUAL:	\$ 4,374.489.00
VALOR PAGADO (A la fecha del informe)	\$ 8,748,978.00
VALOR POR EJECUTAR	\$ 0

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

3. Control Pago de Seguridad Social.

PERIODO PAGO	No PLANILLA	PAGO SALUD	PAGO PENSIÓN	PAGO RIESGOS	V/PAGADO TOTAL
2025- 02	32900528	\$ 131.300	\$ 168.000	\$ 5.500	\$ 304.800
2025 -03	33022361	\$ 218.800	\$ 280.000	\$ 9.200	\$ 508.000
2025 - 04	33090784	\$ 218.800	\$ 280.000	\$ 9.200	\$ 508.000
2025 - 05	33343369	\$ 218.800	\$ 280.000	\$ 9.200	\$ 508.000
		\$	\$	\$	\$

(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	Anexo
1.	Contribuir al cumplimiento de las metas trazadas en el Plan de Acción cuatrienal.	Participar en la Apertura de Auditoria de ICONTEC 2025	Anexo 1.
2.	Participar en la actualización de los procesos del Sistema de Gestión Integrado “SGI”, adoptado por la Entidad, para fortalecer y mejorar la capacidad administrativa y operativa de la C.A.S de acuerdo a la normatividad vigente y las directrices de la Alta Dirección.	Definir y estructurar el plan de acción para la atención de las no conformidades identificadas durante la auditoría realizada por ICONTEC al (SG-SST), incluyendo responsables, plazos y medidas de mejora que aseguren el cierre efectivo de los hallazgos	Anexo 2.
3.	Diseñar formatos, procedimientos, guías, planes, instructivos, manuales y demás documentos que se requieran para el funcionamiento y mantenimiento del Sistema de Gestión de Calidad	Proyectar Acta de Conformación de Brigadistas vigencia 2025 Capacitación a Brigadistas en roles y responsabilidades.	Anexo 3.
4.	Mantener organizada la información que forma parte del Sistema de Gestión Integrado SGI, adoptado por la Entidad	Presentar de manera organizada y completa toda la documentación requerida para la auditoría del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), a cargo de ICONTEC.	Anexo 4.
6.	Proyectar las respuestas a las solicitudes de las diferentes dependencias de la entidad y los requerimientos efectuados por los entes	Proyección de Circular recomendaciones de Prevención frente al aumento del riesgo de	Anexo 5.

	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		

	externos, de acuerdo con los parámetros establecidos por Ley	fiebre amarilla en el departamento de Santander.	
7.	Recopilar, analizar, sintetizar y sistematizar la información de las diferentes áreas de las dependencias con el fin de proponer e implementar propuestas innovadoras que conlleven a la mejora continua y mejoramiento del Sistema de Gestión Integrado adoptado por la Entidad.	Diligenciar el Formato Único de Registro de Accidente de Trabajo (FURAT) ante la ARL, conforme a la normatividad legal vigente. – Contratista / SAA	Anexo 6.
8.	Orientar los procesos a través de grupos de trabajo interdisciplinario de las diferentes áreas de trabajo para la actualización y mantenimiento de los procesos del Sistema de Gestión Integrado adoptado por la Entidad.	Realizar reporte de incidentes con ascensor y solicitud de acciones correctivas.	Anexo 7.
9.	Participar en la coordinación de las capacitaciones en el Sistema de Gestión Integrado	Realizar la inducción del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) correspondiente al mes de mayo	Anexo. 8.
10	Responder por el cuidado y custodia de los documentos que se manejen y sean de su conocimiento dentro del área de la dependencia.	Proyectar necesidad de adquisición de elementos de protección personal para funcionarios de la CAS.	N/A
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 de la información para equipos, instalaciones, redes e internet de la C.A.S. sus normas, prácticas y procedimientos	Se dio Cumplimiento	N/A
12	Asistir a las capacitaciones e inducciones que se programen sobre seguridad y salud en el trabajo y sistema de gestión integrado con el fin de generar actualización de los programas para la correcta ejecución del objeto contractual y cumplir con lo procedimientos establecidos en el SGI de la Corporación.	Reporte de recomendaciones para garantizar condiciones de seguridad en el manejo de Fauna Silvestre.	Anexo 9.

	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		

13	Adecuar su prestación de servicios al sistema de gestión integrado de la Corporación y fortalecimiento institucional.		Anexo 10.
14	1Realizar verificación y validación de las hojas de vida en la plataforma del Sigep	Para ese mes No aplica	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.



PAULA ANDREA BAUTISTA VESGA
C.C 1100966694



GLORIA MILENA DURAN VILLA
SECRETARIA GENERAL



OSCAR EDILSON SUAREZ
COORDINADOR SGI CAS
V/B

EVIDENCIAS

	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		

Anexo 1.. Participar en la Apertura de Auditoria de ICONTEC 2025



Anexo 2. Definir y estructurar el plan de acción para la atención de las no conformidades identificadas durante la auditoría realizada por ICONTEC al (SG-SST), incluyendo responsables, plazos y medidas de mejora que aseguren el cierre efectivo de los hallazgos

SOLICITUD DE ACCIÓN CORRECTIVA		No. 4 de 7
☐ No - Conformidad Mayor ☒ No - Conformidad Menor	Norma(s): ISO 45001:2018 Requisito(s): 45001: 8.1.1.b	
Descripción de la no conformidad: La organización no implementa el control de los procesos de acuerdo con los criterios establecidos.		
Evidencia: No se evidencio el diagnóstico del Plan Estratégico de Seguridad Vial mencionado como "Anexo 3" en el Documento del PESV con fecha de actualización de marzo 2024. Se evidencio aplicación de la batería de riesgo Psicosocial en diciembre 2023 la cual genero resultados entre "altos" y "Muy Altos" exigiendo un seguimiento anual conforme al marco legal aplicable, el cual a la fecha (2025-04-23) no se ha realizado.		
Corrección	Evidencia de Implementación	Fecha
Actualización inmediata del diagnóstico del Plan Estratégico de Seguridad Vial (PESV)	Anexo 3 documento de diagnóstico del PESV	30 de mayo de 2025
Asignación de Recursos para la Contratación de la Batería de Riesgo Psicosocial	Recursos Asignados	30 de abril de 2025
Contratación del Proveedor para Aplicar la Batería de Riesgo Psicosocial.	Enlace del Contrato del Secop II	2025-06-30
Aplicación de la Batería de riesgo Psicosocial a funcionarios de la entidad	Informe de resultados	2025-06-30

INFORME DE AUDITORIA DE SISTEMAS DE GESTIÓN	
Descripción de la (s) causas (s) No se evidencio el diagnóstico del Plan Estratégico de Seguridad Vial mencionado como "Anexo 3" en el Documento del PESV con fecha de actualización de marzo 2024.	
1. ¿Por qué no se evidenció el diagnóstico del PESV en el documento del PESV con fecha de actualización de marzo 2024? Porque no se actualizó ni se documentó el diagnóstico de seguridad vial correspondiente en el Anexo 3 del PESV. 2. ¿Por qué no se actualizó ni se documentó el diagnóstico en el Anexo 3 del PESV? Porque la oficina de bienes y servicios de la entidad no llevó a cabo el proceso de revisión y actualización del diagnóstico de acuerdo con lo que establece la norma. 3. ¿Por qué la oficina de bienes y servicios no llevó a cabo el proceso de revisión y actualización del diagnóstico del PESV? No se asignaron responsabilidades específicas y claramente definidas dentro del comité de seguridad vial y responsables para llevar a cabo la actualización del diagnóstico. Esta falta de planificación estructurada llevó a la falta de seguimiento. 4. ¿Por qué falta un procedimiento claro y responsabilidades definidas dentro de la oficina de bienes y servicios para la actualización del diagnóstico del PESV? Porque no se socializó y documentó claramente sobre la revisión de los procesos, las tareas y las responsabilidades relacionadas con la gestión y actualización del PESV, lo que ha llevado a la falta de claridad en cuanto a quién debe realizar cada actividad específica dentro del plan. La causa raíz del problema es la falta de un plan de acción de seguimiento, junto con la ausencia clara de responsabilidades en la oficina de bienes y servicios, esto ha resultado en la no actualización ni documentación adecuada del diagnóstico del PESV, lo que afecta la correcta implementación del plan.	
Se evidencio aplicación de la batería de riesgo Psicosocial en diciembre 2023 la cual genero resultados entre "altos" y "Muy Altos" exigiendo un seguimiento anual conforme al marco legal aplicable, el cual a la fecha (2025-04-23) no se ha realizado.	
1. ¿Por qué no se ha realizado el seguimiento anual a la batería de riesgo psicosocial? Porque no se ejecutó el plan de acción relacionado con los resultados obtenidos y no se contrató la aplicación de la batería de riesgo psicosocial para su respectivo seguimiento. 2. ¿Por qué no se contrató la aplicación de la batería de riesgo psicosocial y no se implementó el plan de acción? Porque no se destinó presupuesto para la aplicación de la batería de riesgo psicosocial para 2024 y no se cumplió con la responsabilidad de coordinar e implementar las acciones	





Anexo 5. Proyección de Circular recomendaciones de Prevención frente al aumento del riesgo de fiebre amarilla en el departamento de Santander.

CAS Corporación Autónoma Regional de Santander

NT 001030019-0

Ambiente

CIRCULAR No. DGL.02.2025

PARA: FUNCIONARIO Y CONTRATISTAS
Corporación Autónoma Regional de Santander CAS

DE: GLORIA MILENA DURÁN VILLAR
Directora General (E)

ASUNTO: RECOMENDACIONES DE PREVENCIÓN FRENTE AL AUMENTO DEL RIESGO DE FIEBRE AMARILLA EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

FECHA: 28 de abril de 2025

Cordial Saludo,

En vista del aumento del riesgo de fiebre amarilla en el departamento de Santander, y con el objetivo de velar por la salud y bienestar de todos nuestros funcionarios y contratistas de la Corporación Autónoma Regional de Santander- CAS, se informa a todos los colaboradores que realizan visitas técnicas o administrativas en distintos zonas del departamento de Santander, que el departamento de fiebre amarilla ha aumentado de manera significativa, según reportes recientes de las autoridades de salud. Por lo anterior desde el SG-SST emite las siguientes recomendaciones para prevenir el contagio de esta enfermedad

¿Qué es la fiebre amarilla y cómo se contrae?

La fiebre amarilla es una enfermedad viral aguda transmitida por la picadura de mosquitos infectados, principalmente del género Aedes en áreas urbanas y Haemagogus en zonas rurales y selváticas. No se transmite de persona a persona. Los síntomas pueden variar desde fiebre, dolor muscular y cefalea, hasta formas graves que comprometen órganos vitales como el hígado, generando ictericia y hemorragias.

Zonas de riesgo en Santander:

De acuerdo con las autoridades de salud, existen municipios con alta presencia del vector transmisor y brotes recientes, por lo que se deben extremar las medidas de prevención especialmente en zonas rurales y de selva baja de los siguientes municipios Encino, Puerto Wilches, Bucaramanga, Barrancabermeja, Charalá, Coronero, Playón, Floridablanca, Girón, Piedecuesta, Rionegro, Sabana de Torres, Socorro y Surata.

CAS Corporación Autónoma Regional de Santander

NT 001030019-0

Recomendaciones para quienes deban desplazarse a estas zonas:

- ✓ **Vacunación contra la fiebre amarilla:** Todos los funcionarios que realicen visitas a zonas rurales o de selva deben contar con la vacuna contra la fiebre amarilla, la cual es obligatoria y debe aplicarse al menos 10 días antes del viaje.
- ✓ **Uso de repelente de insectos:** Se recomienda aplicar repelente de manera constante, especialmente en las áreas expuestas del cuerpo, siguiendo las indicaciones del producto. Es importante renovar la aplicación cada poca hora.
- ✓ **Ropa adecuada:** Para aquellos que visiten áreas de riesgo, se recomienda el uso de ropa de manga y pantalón largos, preferiblemente de colores claros, que dificulten la visibilidad de los mosquitos.
- ✓ **Permanecer en lugares con protección contra mosquitos:** Dormir bajo toldos o en sitios con mallas antimosquitos.
- ✓ **Identificación de síntomas:** Estar alerta a los posibles síntomas de la fiebre amarilla, que incluyen fiebre alta, dolor muscular, dolor de cabeza, náuseas y, en los casos más graves, ictericia (color amarillento en la piel y ojos) o sangrados.
- ✓ **Evitar acumulaciones de agua estancada:** Estas son criaderos potenciales para los mosquitos transmisores.

Solicito a todas las áreas misionales, Subdirección de Autoridad Ambiental - SAA, Subdirección de administración y la oferta y de los RNP disponibles, educación ambiental y participación ciudadana – SAO, subdirección de Planeación y Ordenamiento Ambiental (SPL) y Regionales, con sus equipos de trabajo tomar las precauciones necesarias y reportar cualquier síntoma sospechoso posterior a una visita en campo. Recordar que la fiebre amarilla se transmite por la picadura de mosquitos infectados y es fundamental tomar estas medidas preventivas para evitar su propagación y proteger nuestra salud.

Agradecemos su colaboración y les instamos a seguir estas recomendaciones para garantizar un ambiente seguro y saludable tanto dentro como fuera de la corporación.

GLORIA MILENA DURÁN VILLAR
Directora General (E)

Propyedo: Paola Andrea Bautista – Coordinadora SGT-SST
 Review: Oscar Samir – Coordinador SGT-SST

Linea Gratuita 018000917600 • contactenos@cas.gov.co

BOGOTÁ
Calle 12 N° 9-10, Sabana La Laguna
Tel: 0187-4070100

GUANAJATENA – SAN GIL
Calle 46 con Ca 28 esquina Banco Páez
Tel: 0187-4070100

SOCORRO
Calle 16 N° 12 – 36
Tel: 0187-4070100

VELEZ
Calle 36 N° 9-14 Sabana Aguila Parra
Tel: 0187-4070100

BUCARAMANGA
Calle 36 N° 26 – 48 Edificio Casa
Tel: 0187-4070100

BARRANCABERMEJA
Calle 46 con Ca 28 esquina Banco Páez
Tel: 0187-4070100

MÁLAGA
Calle 9 N° 11 – 41 Banco Centro
Tel: 0187-4070100

WILCHES
Calle 46 con Ca 28 esquina Banco Páez
Tel: 0187-4070100

ENCINO
Calle 46 con Ca 28 esquina Banco Páez
Tel: 0187-4070100

FLORIDABLANCA
Calle 46 con Ca 28 esquina Banco Páez
Tel: 0187-4070100

Anexo 6.

	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		

Formato Único de Registro de Accidente de Trabajo (FURAT) ante la ARL, conforme a la normatividad legal vigente. – Contratista / SAA – AGUSTO

		Línea segura ARL Bogotá 3307000 Resto del país 01 8000 111170 Desde su Celular #533	Fecha de reporte : 14/05/2025 Estado : Procesado Fecha de impresión : 14/05/2025 Número de radicación : 8595872 Id. Accidente de Trabajo : - Id. del Saneamiento : -
FORMATO DE INFORME PARA ACCIDENTE DE TRABAJO DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE			
Diligenciado Por: Formulario Web - EMPRESA EPS: E.P.S. SANITAS APP: PORVENIR S.A. ARL: POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A./ARL			
I. IDENTIFICACIÓN GENERAL DEL EMPLEADOR CONTRATANTE O COOPERATIVA			
No documento	Tipo de Doc	Número a quien le presta	Tipo de vinculación
804000292	N	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DE SANTANDER	Contratante
Dirección sede principal: KR 12 09 06 BR LA PLAYA Dirección reportada:			
Actividades y/o servicios: ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARACTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS			
7238925	secretariageneral@cas.gov.co	Departamento	Municipio
		SANTANDER	SAN GIL
			Zona Urbana
Son los datos del C.T. los mismos de la sede principal? Dirección del centro de trabajo: KR 12 09 06 BR LA PLAYA			
Actividades y/o servicios: ACTIVIDADES EJECUTIVAS DE LA ADMINISTRACION PUBLICA, INCLUYE EL DESEMPEÑO DE LAS FUNCIONES GUBERNAMENTALES DE CARACTER EJECUTIVO, DESARROLLADAS POR LOS			
7238925		Departamento	Municipio
		SANTANDER	SAN GIL
			Zona Urbana
II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SE ACCIDENTÓ			
No documento	Tipo de Doc	Fecha de nacimiento	Sexo
91458254	C	26/07/1975	M
Primer apellido: RAMIREZ		Primer nombre: AUGUSTO	Segundo nombre: EFRED
Dirección: CARRERA 5 NO. 10-02		Correo electrónico: AUGUSTOERAMIREZ@GMAIL	Teléfono: 3212019158
Departamento: SANTANDER	Municipio: SAN ANDRES	Urban: 19/03/2025	Salario mensual: 1.423.500
Ocupación: CONTRATISTA			Jornada habitual: (1) Diurna
			Código: 1388
III. INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE DE TRABAJO (AT)			
Fecha del accidente	Hora del accidente	Día de la semana	Jornada en que sucede
13/05/2025	17:15	Maríes	(1) Normal
Ocupación: SIN INFORMACION			Tiempo laborado: 09:15
Reciente o forma del AT: (1) Caída de personas	Tipo de lesión: (55) Golpe o Contusión	Síto: (9) Otros(s): TERRENO - PRED	Lugar donde ocurre el AT: (2) Fuera de la empresa
Parte del cuerpo afectada: (4) Miembros superiores	Agente del accidente: (5) Ambiente de trabajo	Tipo de accidente: (5) Propios del trabajo	
Departamento: SANTANDER	Municipio: CIMITARRA	Zona AT: Rural	Mortal: Fecha mortal: (2) No
IV. DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE			
MIENTRAS REALIZABA UNA VERIFICACION AMBIENTAL DE UNA COMPENSACION FORESTAL EN EL TERRENO, POR LAZARILLO POR UNA DE LAS TROCENAS CUANDO DE MANERA INESPERADA, NOSE ENCONTRABA AVISTANDO EL PISO POR DOR DE EL LAS UNA EN LA PARTE POSTERIOR DE LA CABEZA Y OTRA EN LA OJERA, AL TRATAR DE ALZARME RAPIDAMENTE ME ENFRIE EN UNA EMERGENCIA Y COMO CONSECUENCIA TROPECE Y CAE AL SUELO, EL IMPACTO FUE PRINCIPALMENTE SOBRE EL HOMBRO, AL CAER SUFRI UN GOLPE Y TRAUMATIZA EN EL CODO Y EN EL BRASO, QUE SE FUSO MORADO, Y TAMBIEN SENTI UN FUERTE DOLOR EN EL INTERAZO Y EL HOMBRO.			
Datos del jefe inmediato:			
Nombres	Apellidos	Correo electrónico	Teléfono
Hubo personas que presenciaron el accidente? SI			
Testigos 1: LEDIZ ELSA ORTIZ SIERRA	Tipo Doc: C	N° Doc: 63395002	
Testigos 2	Tipo Doc:	N° Doc:	
Responsable: PAULA ANDREA BAUTISTA VESGA	Firma	Tipo Doc: C	N° Doc: 1100966684

REPORT E INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES-INCIDENTES DE TRABAJO		Código: F-PCT-027-03 Versión: 03 Página: 1 de 6 Fecha de Aprobación: 14/05/2025
PARTE DEL CUERPO AFECTADO (SELECCIONAR)		MECANISMO O FORMA DEL ACCIDENTE
(1) CABEZA (2) OJOS (3) CARA (4) TRONCO (torax, espalda, columna vertebral, brazos, manos, pies) (5) BRAZOS (6) MANOS (7) MIEMBROS SUPERIORES (8) PIES (9) MIEMBROS INFERIORES (10) PIES (11) MIEMBROS INFERIORES (12) OTROS		(1) CAÍDA DE PERSONAS (2) CAÍDA DE OBJETOS (3) PUNTALES, GOLPES O SOLUCES (4) ENFRIAMIENTO (5) ENFRIAMIENTO (6) ENFRIAMIENTO (7) ENFRIAMIENTO (8) ENFRIAMIENTO (9) ENFRIAMIENTO (10) ENFRIAMIENTO (11) ENFRIAMIENTO (12) ENFRIAMIENTO
PERSONA QUE PRESENCIÓ EL ACCIDENTE		PERSONA RESPONSABLE DEL INFORME (jefe inmediato)
NOMBRE Y NOMBRES COMPLETOS: MEDINA RODRIGUEZ, JUAN CARLOS CARGO: JEFE DE AREA DEPARTAMENTO: SANTANDER MUNICIPIO: SAN GIL ZONA: URBANA		NOMBRE Y NOMBRES COMPLETOS: MEDINA RODRIGUEZ, JUAN CARLOS CARGO: JEFE DE AREA DEPARTAMENTO: SANTANDER MUNICIPIO: SAN GIL ZONA: URBANA
FIRMAS Y FECHAS:		FIRMAS Y FECHAS:
FIRMAS Y FECHAS:		FIRMAS Y FECHAS:

	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		

Anexo 7. Realizar reporte de incidentes con ascensor y solicitud de acciones correctivas.

Word
REPORTE DE INCIDENTE CON ASCENSO...
Abrir en Word
Descargar
Guardar en OneDrive
Ocultar correo electrónico

Word
Modo de accesibilidad
Imprimir
Buscar
Lector inmersivo

ASUNTO: REPORTE DE INCIDENTE CON ASCENSOR Y SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

FECHA: 30 DE ABRIL DE 2025

Cordial Saludo,

Por medio de la presente, nos permitimos informar que el día de hoy se presentó un incidente con el ascensor ubicado en la sede principal el cual había sido puesto nuevamente en funcionamiento el día 29 de abril de 2025. Durante el uso del ascensor, dos colaboradores quedaron encerrados dentro del ascensor por un tiempo aproximadamente de 20 minutos, situación que generó momentos de tensión y potencial riesgo para su seguridad. Afortunadamente, no se presentaron lesiones físicas, sin embargo, el hecho evidencia una falla en las condiciones de operación y seguridad del ascensor, lo cual debe ser atendido de manera inmediata conforme a lo establecido en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

Desde el SG-SST, y con base en el enfoque preventivo y correctivo que orienta nuestro sistema, solicitamos que se tomen las siguientes acciones:

- Suspender inmediatamente el uso del ascensor** hasta que se garantice plenamente su funcionamiento seguro y conforme a la normativa técnica.
- Realizar una inspección técnica especializada** con informe detallado sobre las causas de la falla y las acciones correctivas que se van a implementar por parte del proveedor o empresa certificada que está desarrollando el mantenimiento del ascensor.
- Socializar con los colaboradores** las medidas adoptadas y emitir una comunicación formal sobre el estado actual del ascensor, con recomendaciones de uso o restricción,

RE: PROYECCIÓN MEMORANDO REPORTE DE INCIDENTE CON ASCENSOR Y SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

REPORTE...TIVAS.docx

De: Paula Bta <paulabta@hotmail.es>
Enviado: miércoles, 30 de abril de 2025 4:28 p. m.
Para: CALIDAD CAS <calidad.cas@cas.gov.co>
Asunto: PROYECCIÓN MEMORANDO REPORTE DE INCIDENTE CON ASCENSOR Y SOLICITUD DE ACCIONES CORRECTIVAS

Cordial Saludo,

Marcela de manera atenta envío proyección de recomendaciones del incidente presentado con el ascensor el día de hoy para revisión y forma de la Dra. Gloria.

Cordialmente,

Responder Reenviar

Anexo 8. Realizar la inducción del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) correspondiente al mes de mayo de 2025.

Leidy Nova (Presentar)

Accidentes de Trabajo A.T

Es **Accidente de Trabajo** todo suceso repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca en el trabajador una lesión orgánica, una perturbación funcional o Psiquiátrica, una invalidez o la muerte.

Es también **A.T** aquel que se produce durante la ejecución de órdenes del empleador, o durante la ejecución de una labor bajo su autoridad, aún fuera del lugar y horas de trabajo.

- Los que ocurren durante la ejecución de órdenes del empleador
- Los que ocurren durante el traslado de los trabajadores al lugar de trabajo o viceversa
- Los que ocurren durante el ejercicio de la función sindical
- Los que ocurren durante actividades recreativas, deportivas o culturales

Según ley 1562 de julio de 2012, artículo 3

Paula Bautista
Jorge Alexander Lozano
42 más

Personas
Añadir personas
Buscar a gente
ESPERANDO PARA UNIRSE
Esperando la admisión 1
Rechazar a todos Admitir a todos
MARIA DE LOS AN... Admitir
EN LA REUNIÓN
Colaboradores 46
Paula Bautista (TU) Anfitrión de la reunión
Andres Diaz
Andres Rangel Barrera

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

Anexo 9. Proyectar necesidad de adquisición de elementos de protección personal para funcionarios de la CAS.

MEMORANDO SGL.346.2025 - 15-05-20...

Descargar

Imprimir

Guardar en OneDrive



CAS

Corporación Autónoma Regional de Santander

NIT: 804000292-0



Ambiente

MEMORANDO DGL No. SGL.346.2025 - 15-05-2025 04:07

PARA: DIRECCIÓN GENERAL.

DE: GLORIA MILENA DURAN VILLAR
Secretaria General

ASUNTO: SOLICITUD DE ADQUISICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA FUNCIONARIOS DE LA CAS

FECHA: 15 DE MAYO DE 2025

Cordial Saludo,

En cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1072 de 2015 en su artículo 2.2.4.6.24 establece que: "El empleador deberá suministrar elementos y equipos de protección personal (EPP) que cumplan con las disposiciones legales vigentes. Los EPP deben usarse de manera complementaria a las anteriores medidas de control y nunca de manera aislada". Además, el **parágrafo 1** de este mismo artículo señala que: "El empleador debe suministrar los equipos y elementos de protección personal (EPP) sin ningún costo para el

Ocultar correo electrónico

X

Re: SGL.346.2025 - 15-05-2025 0407

MEMORANDO...(1).pdf

SG secretaria general<firmassgl2024@gmail.com>
Para: @ CALIDAD CAS
Vie 16/05/2025 8:46

MEMORANDO SGL.346.2025...

763 KB

El vie, 16 may 2025 a las 8:06, CALIDAD CAS (<calidad.cas@cas.gov.co>) escribió:

Buenos días Lorena como estas, adjunto memorando SGL.346.2025 - 15-05-2025 04:07, para firma de la Dra. Gloria.

Quedo atenta,

SGI

Responder

Reenviar

Anexo 10. Reporte de recomendaciones para garantizar condiciones de seguridad en el manejo de Fauna Silvestre.



CAS

Corporación Autónoma Regional de Santander

NIT: 804000292-0



Ambiente

MEMORANDO DGL No. SGL.346.2025 - 15-05-2025 04:07

PARA: FABIÁN MAURICIO CASTELLANO RARICA
Indicador de Seguimiento

DE: GLORIA MILENA DURAN VILLAR
Directora General

ASUNTO: RECOMENDACIONES PARA GARANTIZAR CONDICIONES DE SEGURIDAD EN EL MANEJO DE FAUNA SILVESTRE

FECHA: 15 DE MAYO DE 2025

Cordial Saludo,

En cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley 1562 de 2012, el Decreto 1072 de 2015 en su artículo 2.2.4.6.24 establece que: "El empleador deberá suministrar elementos y equipos de protección personal (EPP) que cumplan con las disposiciones legales vigentes. Los EPP deben usarse de manera complementaria a las anteriores medidas de control y nunca de manera aislada". Además, el **parágrafo 1** de este mismo artículo señala que: "El empleador debe suministrar los equipos y elementos de protección personal (EPP) sin ningún costo para el

ANEXO REGISTRO FOTOGRÁFICO



Fecha: 13 de mayo de 2025

Responsabilidad Ambiental, Compromiso de Todos.

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



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	Paula Andrea Boulistera Vesga	CEDULA	1100966694
Dependencia	Secretaría General		
Número de Contrato:	00164	Fecha del contrato: Día 20 Mes 02 Año 2025	
Fecha de Terminación contrato :	Día 19 Mes 05 Año 2025		

Supervisor/Jefe de Dependencia

Jefe del Área de Bienes y Servicios

Gestión de Información Ambiental y Tecnologías de Apoyo

@cloudbpf
21/05/23

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

Sebastián Pinzón Vargas

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

CII. 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:

CAJ

INGRESO ☐ PERIÓDICO ☐ EGRESO ☒ ALTURAS ☐ ESPECIAL: _____

FECHA: 19-Mayo-2025

NOMBRE: Paula Andriana Bautista Urra

C.C.: 1.100.966.694

CARGO: Contratista

CIUDAD: San Gil

A QUIEN SE LE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES

1. EXAMEN MÉDICO ☒	6. ESPIROMETRÍA ☐	SEROLOGÍA ☐	P de O ☐
2. EXAMEN POSTURAL ☒	7. VISIOMETRÍA ☐	GLICEMIA ☐	EKG: ☐
3. OSTEOMUSCULAR ☒	8. PRUEBAS DE EQUILIBRIO ☐	PERFIL LIPÍDICO ☐	RX: ☐
4. AUDIOMETRÍA ☐	9. VASCULAR PERIFÉRICO ☐	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 ☒

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 ☒

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL / TEMPORAL ☐ Por motivo de _____
PERMANENTE ☐ Por motivo de _____

EXAMEN DE EGRESO

REALIZADO ☒

NO APLICA ☐

EXAMEN ESPECIAL

REINCORPORACIÓN AL PUESTO DE TRABAJO ☐

NO APLICA ☒

SE SUGIERE REUBICACIÓN LABORAL / TEMPORAL ☐ Por motivo de _____
PERMANENTE ☐ Por motivo de _____

CONDUCTA

MANEJO POR EPS/ARP

Control periódico PP por EPS ☐
Remisión a EPS por: Hallazgos del Examen Físico ☐
Continuar manejo médico ☐
Remisión a ARL para manejo del caso ☐
Seguimiento caso ARL ☐

OCUPACIONALES

Control periódico ocupacional ☒
Higiene postural ☒
Utilización de EPP ☒
Realizar Pausas Activas ☐
Realización de pruebas complementarias ☐

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

Dieta ☒
Ejercicio regular 3 veces/sem. ☒
Dejar e hábito de fumar ☐
Reducir el consumo de alcohol ☐

Incluir en SVE VISUAL ☐
CARDIOVASCULAR ☐

AUDITIVO ☐
PSICOLABORAL ☐

RESPIRATORIO ☐
PARED ABDOMINAL ☐

ERGONÓMICO ☐
OSTEOMUSCULAR ☐

QUÍMICO ☐
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 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

SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS
Licencia S.O. 0596sss

FIRMA DEL TRABAJADOR

CC 1100966694



CONSTANCIA DE PAGO
Período Pensión: 2025-05
Período Salud : 2025-05

Se certifica que en la fecha 2025-05-23 la empresa PAULA ANDREA BAUTISTA VESGA con documento de identificación CC 1100966694 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante BAUTISTA VESGA PAULA ANDREA identificado con CC-1100966694, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-1100966694		PAULA ANDREA BAUTISTA VESGA		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
33343369	I	2025-05-23	0,00522	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
AFP	900336004	25-14	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES	30
EPS	900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30



RAZÓN SOCIAL :	PAULA ANDREA BAUTISTA VESGA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1100966694
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-05-23
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-06-25
FECHA DE PAGO:	2025-05-23
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-05
PERÍODO SALUD:	2025-05
NÚMERO PLANILLA:	33343369
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33343369
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 1.749.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.800	\$ 218.800
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.749.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.000	\$ 280.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 1.749.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 9.200	\$ 9.200
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 508.000	\$ 508.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	22/07/2025
----------------------------------	------------

CONDICION DE DECLARANTE Y EXISTENCIA Y DEPENDENCIA ECONOMICA

Yo PAULA ANDREA BAUTISTAS VESGA , identificada con cédula de ciudadanía N. **1.100.966.694** expedida en **San Gil** vecino de la ciudad de San gil , residente en el municipio de San Gil

En cumplimiento al parágrafo 2° del artículo 15 de la Ley 1607 de 2012, por el cual se modifica el artículo 87 del E.T y en concordancia con el parágrafo 4° de los artículos 2° y 3° del Decreto 0099 del 25 de enero de 2013, certifico a ustedes bajo gravedad de juramento, mi condición:

Declarante del impuesto sobre la renta **X** No declarante sobre el impuesto sobre la Renta ____

Que la(s) siguiente(s) persona(s) se encuentran(n) a mi cargo en calidad de dependiente:

Nombre	Tipo de Documento de Identidad	Numero de Documento	Tipo (A, B, C, D o E)
Jacobo Cachopo Bautista	Registro Civil	1101262923	A

TIPO DE DEPENDIENTES:

- A. Hijo(s) que tiene(n) hasta los 18 años de edad y depende(n) económicamente de mi.
- B. Hijo(s) con edad entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos en educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente, certificados por las entidades respectivas.
- C. Hijo(s) mayor(es) de 23 años que se encuentra(n) en situación de dependencia originada por factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
- D. Cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingreso en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por un Contador Público o por dependencia originada por factores físicos o psicológicos que sea certificada por Medicina Legal.

Que de conformidad con lo ordenado en el inciso 2° del parágrafo 4° del Decreto 0099 del 25 de Enero de 2013, nadie más solicitará la educación de la base de la retención por el mismo dependiente.

La presente certificación se expide en la ciudad de San gil , a los veintitrés (23) días del mes de mayo de 2025, para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención establecida en los artículos 383 y 387 del Estatuto Tributario.

Paula Andrea Bautista
C.C. 1.100.966.694



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

57542038

NUIP

1101262923

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 01 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código R 5 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA* SANTANDER* SAN GIL (NOTARÍA PRIMERA)*** ** **

Datos del inscrito

Primer Apellido CACHOPO Segundo Apellido BAUTISTA

Nombre(s)

JACOBO

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2019 Mes ENE Día 28 MASCULINO * * O * * * POSITIVO

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

COLOMBIA * SANTANDER * SAN GIL * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

Número certificado de nacido vi vo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO * * * * * 15096172-5 * * * * *

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor qu

e indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

BAUTISTA VESGA PAULA ANDREA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número o)

Nacionalidad

C.C. No. 1100966694 * * * * * COLOMBIANA * *

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor qu

e indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CACHOPO SUAREZ EDISON ALFREDO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. No. 1100960165 * * * * * COLOMBIANO * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

CACHOPO SUAREZ EDISON ALFREDO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

C.C. No. 1100960165 * * *

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Nombre y firma de funcionario que autoriza

Año 2019 Mes FEB Día 06

ANGELA YOLIMA SANCHEZ ACUNA

Notaria PRIMERA - DEL CIRCULO DE SAN GIL

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -