



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:	AGOSTO 14 DE 2025	Evidencias:	SI	<input checked="" type="checkbox"/>
Contratista:	CESAR FERNANDO CASTILLO MELGAREJO			
C.C. o NIT:	91.076.334			
Documento Principal: (Marque con una X)	Contrato	<input checked="" type="checkbox"/>	Convenio	<input type="checkbox"/>
			Adicional	<input checked="" type="checkbox"/>
Número del Contrato	00526 DE 2025	REGISTRO PRESUPUESTAL (Recuerde que en este campo debe registrar los números de RP del contrato inicial y adicionales si existen)		No. 25-002053 25-04803
Objeto del Contrato:	BRINDAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE LA OFERTA DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES DISPONIBLES, EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE LA CAS, COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN EN LA OFICINA DE APOYO REGIONAL ENLACE.			
Valor mensual a pagar: (Números y Letras)	TRES MILLONES NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS (\$ 3.099.996)			
Documentos Anexos:	*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"/> De otra forma no adjuntar Certificación.	Otros Documentos: Examen de egreso, paz y salvo	
Periodo a Cobrar:	DESDE EL 9 DE JULIO DE 2025 AL 08 DE AGOSTO DE 2025	Pago No:	003	Parcial: <input type="checkbox"/> Final: <input checked="" type="checkbox"/>
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:	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">  <p>CESAR FERNANDO CASTILLO M. CC 91.076.334 CONTRATISTA</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p>MOVIL CUJIA Firmado digitalmente por MOVIL CUJIA SANDRO SANDRO MIGUEL Fecha: 2025.08.15 MIGUEL MOVIL CUJIA 07:48:00 -06'00' SUPERVISOR. DEPENDENCIA OFICINA ENLACE BUCARAMANGA</p> </div> </div>			
<p><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 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</small></p>				



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 1 de 11

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.:	00526 DE 2025		
CONTRATISTA:	CESAR FERNANDO CASTILLO MELGAREJO		
Nit o C.C. No.	91.076.334		
OBJETO:	BRINDAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES EN LA SUBDIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE LA OFERTA DE LOS RECURSOS NATURALES RENOVABLES DISPONIBLES, EDUCACIÓN AMBIENTAL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE LA CAS, COMO ADMINISTRADOR DE EMPRESAS PARA APOYAR LAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN EN LA OFICINA DE APOYO REGIONAL ENLACE.		
VALOR INICIAL:	SEIS MILLONES CIENTO NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS (\$ 6.199.992)		
VALOR ADICIONAL:	TRES MILLONES NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS (\$3.099.996) .		
PLAZO CONTRATO:	2 MESES		
PLAZO ADICIONAL:	1 MES.		
SUPERVISOR:	SANDRO MIGUEL MOVIL CUJIA		
CARGO SUPERVISOR (E):	JEFE REGIONAL APOYO ENLACE BUCARAMANGA		
FECHA INICIO DEL CONTRATO:	9 DE MAYO DEL 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:	8 DE JULIO DEL 2025		
FECHA DE TERMINACIÓN 2:	8 DE AGOSTO DEL 2025		
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	TRES MILLONES NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS (\$ 3.099.996)		
PERIODO DE PAGO:	9 DE JULIO DE 2025 AL 08 DE AGOSTO DE 2025		
PAGO No: (En Números)	003		



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 2 de 11

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

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

2. Información Financiera del Contrato

VALOR DEL CONTRATO:	\$ 6.199.992
VALOR ADICIONAL:	\$ 3.099.996
VALOR PAGO ACTUAL:	\$ 3.099.996
VALOR PAGADO (A la fecha del informe)	\$ 6.199.992
VALOR POR EJECUTAR	\$ 0

3. Control Pago de Seguridad Social.

PERIODO PAGO	No PLANILLA	PAGO SALUD	PAGO PENSIÓN	PAGO RIESGOS	V/PAGADO TOTAL
MAYO	4600739121	\$ 290.000	\$ 371.200	\$ 12.200	\$ 673.400
JUNIO	4603670864	\$ 290.000	\$ 371.200	\$ 12.200	\$ 673.400
JULIO	4609728449	\$ 290.000	\$ 371.200	\$ 12.200	\$ 673.400
AGOSTO	4613074267	\$ 290.000	\$ 371.200	\$ 12.200	\$ 673.400

(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.	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
2.	Alimentar el centro de información de tramites ambientales CITA	Durante este periodo no se realizó esta actividad.	Sin evidencia
3.	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.	Durante este periodo se apoyo en la elaboración de los siguientes informes ; Informe diligenciamiento de la matriz sancionatorios sedes regionales y Solicitud base de datos completa de Sancionatorios.	Bitácora



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 3 de 11

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

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

4.	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.	Durante este periodo no se ejecutó esta actividad.	Sin evidencia
5.	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 de la matriz de consolidación de expedientes de concesiones de agua.	Bitácora
6.	Apoyar en el proceso de apertura de expedientes y organización de la documentación relacionada a cada uno de los expedientes.	Apoye la foliación de los expedientes de Concesiones de Aguas.	Bitácora
7.	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.	Durante este periodo no se ejecutó esta actividad.	Sin evidencia
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	Cumplir con las metas establecidas dentro del marco del Sistema de Gestión Integral condicionado por las directrices y designaciones del supervisor	Durante este periodo no se ejecutó esta actividad.	Sin evidencia
10.	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	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 11

Fecha de Aprobación: 15/12/2022


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

	políticas de seguridad la información para equipos, instalaciones, redes e internet de la C.A.S. sus normas, prácticas y procedimientos..		
11.	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
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 asistí al comité departamental de política de drogas.	Bitácora

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

**MOVIL
CUJIA
SANDRO
MIGUEL**
Firmado digitalmente por MOVIL CUJIA SANDRO MIGUEL
Fecha: 2025.08.15 07:48:54 -06'00'



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 5 de 11

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

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

EVIDENCIAS

Elaboración del informe de la matriz de consolidación de expedientes de concesiones de agua.

- 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
0240-06	2006	20/06/2006	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
180-06	2006	9/05/2006	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
176-06	2006	5/05/2006	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
148-2006	2006	21/04/2006	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
145-06	2006	18/04/2006	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
149-06	2006	21/04/2006	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 6 de 11

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS

0182-07	2007	27/06/2007	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
00231-07	2007	26/07/2007	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
049-07	2007	9/03/2007	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
0167-07	2007	8/06/2007	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
032-07	2007	28/02/2007	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
238-08	2008	21/07/2008	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
1761-01	2001	5/12/2001	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
232-08	2008	8/07/2008	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
397-2008	2008	30/11/2008	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
334-08	2008	16/10/2008	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
001-8	2008	01/18/2008	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
139-2010	2010	7/04/2010	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
304-10	2010	13/10/2010	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 7 de 11

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

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

260-2010	2010	27/08/2010	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
216-2010	2010	21/07/2010	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
231-2010	2010	21/07/2010	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
144-2010	2010	23/04/2010	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
173-2010	2010	3/05/2010	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
68418-00134-16	2016	30/06/2016	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
68418-00079-16	2016	23/05/2016	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
68418-00148-16	2016	29/07/2016	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
68418-00132-16	2016	16/07/2016	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
68418-00258-16	2016	12/06/2016	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
68418-00083-16	2016	27/06/2016	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
68418-00257-16	2016	13/12/2016	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS



CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 8 de 11

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

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

166-2009	2009	14/08/2009	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
211-09	2009	24/09/2009	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
104-09	2009	5/06/2009	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS
168-2009	2009	14/08/2009	CONCESIÓN DE AGUAS SUPERFICIALES	LOS SANTOS

Informe diligenciamiento de la matriz sancionatorios sedes regionales y Solicitud base de datos completa de Sancionatorios.

No.	EXPEDIENTE	ASUNTO	FECHA DEL INICIO DE LA APERTURA DE LA INVESTIGACIÓN	NO. DE ACTO ADMINISTRATIVO DE APERTURA	CAUSA O HECHOS
1	255-10-00428-2018	QUEJA	03/12/2024	N/A	INTERFERENCIA EN EL RECURSO HÍDRICO
2	255-10-00014-2024	QUEJA	23/07/2024	AUTO REB 133-24 FECHA 06/08/2024 -	AFECTACIÓN AMBIENTAL
3	255-10-00004-2024	QUEJA	28/05/2024	AUTO REB 53-24 FECHA 08/04/2024	INCENDIO FORESTAL
4	255-10-00010-2024	QUEJA	17/07/2024	AUTO REB 132-24 FECHA 06/08/2024	TALA ILEGAL
5	255-10-00008-2024	QUEJA	08/07/2024	AUTO REB 62-24 FECHA 19/04/2024	AFECTACIÓN AMBIENTAL
6	255-10-00013-2024	QUEJA	23/07/2024	AUTO REB 130-24 FECHA 05/08/2024	INTERFERENCIA EN EL RECURSO HÍDRICO



CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 9 de 11

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

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

7	255-10-00003-2024	QUEJA	22/05/2024	AUTO REB 35-24 FECHA 10/02/2024	CONTAMINACIÓN AMBIENTAL
8	255-10-00002-2024	QUEJA	22/05/2024	N/A	CONTAMINACIÓN AMBIENTAL
9	255-10-00005-2024	QUEJA	29/05/2024	AUTO REB 459-23 FECHA 30/10/2023	CONTAMINACIÓN AMBIENTAL
10	255-10-00007-2024	QUEJA	19/06/2024	AUTO REB 60-24 FECHA 10/04/2024	VERTIMIENTO DE AGUAS RESIDUALES
11	255-10-00009-2024	QUEJA	09/07/2024	N/A	DECOMISO DE MADERA
12	255-10-00075-2024	QUEJA	28/08/2024	N/A	DECOMISO DE MADERA
13	255-10-00112-2024	QUEJA	11/08/2024	AUTO REB 424.2023 FECHA 24/10/2024	TALA ILEGAL Y QUEMA
14	255-10-00011-2024	QUEJA	18/07/2024	AUTO REB 126.2024 FECHA 05/08/2024	DECOMISO DE MADERA
15	255-10-00094-2024	QUEJA	10/09/2024	AUTO REB 352.2024 FECHA 13/12/2024	TALA ILEGAL

Asistencia al comité departamental de política de drogas.





CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS

Código: F-PCT-027

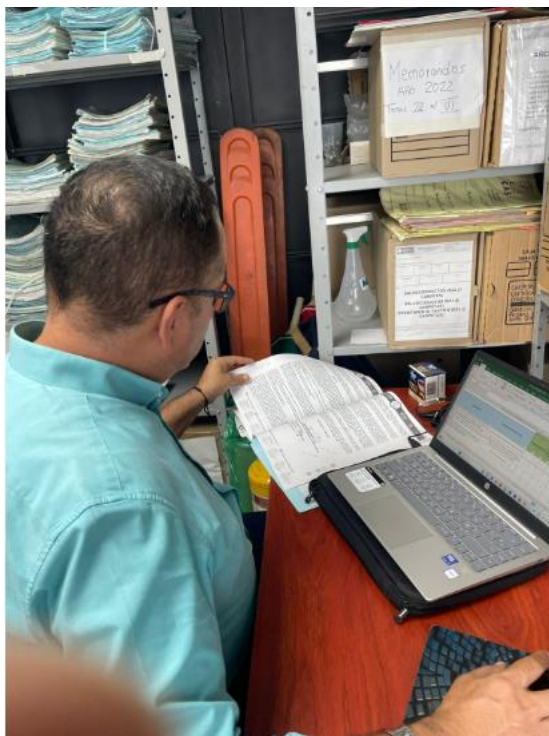
Versión: 03

Página: 10 de 11

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS

Elaboración del informe de la matriz de consolidación de expedientes de concesiones de agua e Informe diligenciamiento de la matriz sancionatorios sedes regionales y Solicitud base de datos completa de Sancionatorios.





CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 11 de 11

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS



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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91076334	NÚMERO PLANILLA:	4609728449	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	CESAR FERNANDO CASTILLO MELGAREJO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BELHORIZONTE 1 TO 3 APT 102	TELÉFONO:	SANTANDER	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993315540
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	6666666	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/07/11		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 371.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 371.200	\$ 0	\$ 0	\$ 371.200
SUBTOTALES:										\$ 371.200	\$ 0	\$ 0	\$ 371.200

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 290.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 290.000	\$ 0	\$ 0	\$ 290.000
SUBTOTALES:										\$ 290.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 290.000	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		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	\$ 0	\$ 12.200	\$ 12.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 12.200	
SUBTOTALES:										\$ 12.200	\$ 0	\$ 0	\$ 12.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE														NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL														PARAFISCALES													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				CCF																		
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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 91076334	CASTILLO MELGAREJO CESAR FERNANDO	INDEPENDIENTE		\$ 2.320.000				NO																25-14 COLPENSIONES	30	2.320.000	\$ 371.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 371.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	2.320.000	\$ 290.000	\$ 0	\$ 290.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	2.320.000	\$ 12.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0				

TOTAL PAGADO: \$ 673.400

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	91076334	NÚMERO PLANILLA:	4613074267	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	FLORIDABLANCA	DEPARTAMENTO:	CESAR FERNANDO CASTILLO MELGAREJO	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES agosto AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	BELHORIZONTE 1 TO 3 APT 102	TELÉFONO:	SANTANDER 6666666	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993631784
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/12		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA ÚNICO	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
TIPO EMPRESA:							
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 371.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 371.200	\$ 0	\$ 0	\$ 371.200
SUBTOTALES:										\$ 371.200	\$ 0	\$ 0	\$ 371.200

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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 290.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 290.000	\$ 0	\$ 0	\$ 290.000
SUBTOTALES:										\$ 290.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 290.000	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		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	\$ 0	\$ 12.200	\$ 12.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 12.200	
SUBTOTALES:										\$ 12.200	\$ 0	\$ 0	\$ 12.200

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																			
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN					SEGURIDAD SOCIAL					PARAFISCALES																					
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SEGURIDAD SOCIAL					PARAFISCALES																
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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	CCF	SENA	ICBF	ESAP
1	CC 91076334	CASTILLO MELGAREJO CESAR FERNANDO	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		\$ 2.320.000				NO																25-14 COLPENSIONES	30	2.320.000	\$ 371.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 371.200	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	2.320.000	\$ 290.000	\$ 0	\$ 290.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	2.320.000	\$ 12.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 673.400

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: CAJ

INGRESO PERIÓDICO EGRESO ALTURAS ESPECIAL: _____

FECHA: 8-Agosto-2025

NOMBRE: César Fernando Casilla Melgarejo

C.C.: 91.076.334

CARGO: Contratista

CIUDAD: San Gil

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 LIPIDICO <input type="checkbox"/>	RX: <input type="checkbox"/>
4. AUDIOMETRÍA <input type="checkbox"/>	9. VASCULAR PERIFERICO <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 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) NO APLICA
CON PATOLOGÍA QUE NO LIMITA LA LABOR

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	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA
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"/>	OSTEOMUSCULAR <input type="checkbox"/>
	RESPIRATORIO <input type="checkbox"/>	QUIMICO <input type="checkbox"/>
	PARED ABDOMINAL <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 ESPECIFICAS

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

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

SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS

Médico - Cirujano
Especialista Salud Ocupacional

SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS Licencia S.O. 0596sss

FIRMA DEL TRABAJADOR

[Firma manuscrita]

cc 91.076.334 de San Gil



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	Cesar Fernando Castillo Melgarejo	CEDULA	91.076.334
Dependencia	Regional Enlace Bucaramanga		
Número de Contrato: 00526 -2025	Fecha del contrato: Día 09	Mes 05	Año 2025
Fecha de Terminación contrato :	Día 08	Mes 08	Año 2025

MOVIL CUJIA
SANDRO

~~SANDRO MIGUEL~~
SANDRO MIGUEL

Firmado digitalmente por
MOVIL CUJIA
SANDRO MIGUEL
SANDRO MIGUEL
07:49:31 -06'00'

Jefe del Área de Bienes y Servicios

14/08/25

Gestión de Información Ambiental y Tecnologías de Apoyo

OK CITA
Yina Alejandra Pinto
12-Ago-2025

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 e 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 el 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 8923, 7240765 correo electrónico: contactanos@cas.gov.co