



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-026

Versión: 03

Página: 1 de 2

Fecha de Aprobación: 20-02-2025

Proceso: Contratación

ORDEN DE PAGO - CPS

Fecha de Presentación:	10 DE DICIEMBRE DEL 2025	Evidencias:	SI	
Contratista:	HEILEN JADITH ARIZA MANTILLA			
C.C. o NIT:	63.437438 DE VÉLEZ			
Documento Principal: (Marque con una X)	Contrato	X	Convenio	Adicional X
Número del Contrato	959-2025	REGISTRO PRESUPUESTAL (Recuerde que en este campo debe registrar los números de RP del contrato inicial y adicionales si existen)		No. 25-04995 25-08044
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 ADMINISTRADORA DE EMPRESA, PARA FORTALECER LAS ACTIVIDADES, PROCESO, TRAMITES AMBIENTALES Y DEMAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN EN LA OFICINA REGIONAL VELEZ			
Valor mensual a pagar: (Números y Letras)	UN MILLON CUATROSCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL CUTATROSCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS \$1.475.494			
Documentos Anexos:	*Planilla Pago Seguridad Social y Parafiscales - Informe de actividades y supervisión.	Certificación Bancaria. Primera cuenta: --- Cambio de Cuenta: --- De otra forma no adjuntar Certificación.	Otros Documentos: Examen de egreso y paz y salvo	
Periodo a Cobrar:	DEL 22DE NOVIEMBRE al 6 DE DICIEMBRE DEL 2025	Pago No:	005	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:				
NOMBRE: HEILEN JADITH ARIZA MANTILLA CC : 63.437.438 DE VELEZ CONTRATISTA				
BELMER JOSUE CARVAJAL SUPERVISOR DEPENDENCIA REGIONAL VELEZ				



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-026

Versión: 03

Página: 2 de 2

Fecha de Aprobación: 20-02-2025

Proceso: Contratación

ORDEN DE PAGO - 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



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 1 de 9

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.:	959-2025		
CONTRATISTA:	HEILEN JADITH ARIZA MANTILLA		
Nit o C.C. No.	63437438 DE VÉLEZ		
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 ADMINISTRADORA DE EMPRESA, PARA FORTALECER LAS ACTIVIDADES, PROCESO, TRAMITES AMBIENTALES Y DEMAS ACTIVIDADES QUE SE GENEREN EN LA OFICINA REGIONAL VELEZ.		
VALOR INICIAL:	\$ 8.852.964.00		
VALOR ADICIONAL:	\$ 4.426.482.00		
PLAZO CONTRATO:	TRES (03) MESES		
PLAZO ADICIONAL:	CUARENTA Y CINCO (45) DIAS		
SUPERVISOR:	BELMER JOSUE CARVAJAL		
CARGO SUPERVISOR:	COORDINADOR SEDE REGIONAL VELEZ C.A. S		
FECHA INICIO DEL CONTRATO:	22 DE JULIO 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:	21 DE OCTUBRE DEL 2025		
FECHA DE TERMINACIÓN 2-3-4: (Si existe una suspensión registre en orden las fechas de terminación 2, 3, 4...)	6 DE DICIEMBRE DE 2025		
VALOR A PAGAR	\$ 1.475.494		
PERIODO DE PAGO:	DEL 22 DE NOVIEMBRE AL 6 DE DICIEMBRE DEL 2025		
PAGO No: (En Números)	05		

2. Información Financiera del Contrato

VALOR DEL CONTRATO: \$ 8.852.964

VALOR ADICIONAL: \$ 4.426.482

VALOR PAGO ACTUAL: \$ 1.475.494

VALOR PAGADO
(A la fecha del informe) \$ 11.803.952



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 2 de 9

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS

VALOR POR EJECUTAR

\$ 0

3. Control Pago de Seguridad Social.

PERIODO PAGO	No PLANILLA	PAGO SALUD	PAGO PENSIÓN	PAGO RIESGOS	V/PAGADO TOTAL
2025-07	7976270910	\$ 220.100	\$ 281.700	\$ 18.400	\$ 555.500
2025 - 08	7980735812	\$ 220.100	\$ 281.700	\$ 18.400	\$ 555.500
2025 - 09	7984630128	\$ 220.100	\$ 281.700	\$ 18.400	\$ 555.500
2025 - 10	7988766474	\$ 220.100	\$ 281.700	\$ 18.400	\$ 555.500
2025 - 11	7992851273	\$ 220.100	\$ 281.700	\$ 18.400	\$ 555.500
2025 -12	7996617666	\$ 220.100	\$ 281.700	\$ 18.400	\$ 555.500

(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.	Realizar las actividades encaminadas a los tramites de solicitudes de los permisos, concesiones, autorizaciones licencias ambientales y demás instrumentos de manejo ambiental de que contribuyan al cumplimiento de las metas y actividades asignadas a la Administración de la Oferta de Recursos Naturales Renovables Disponibles, Educación Ambiental y Participación Ciudadana, de la Sede Regional de Apoyo Vélez de la CAS.	ATENCIÓN A SOLICITUDES Y TRÁMITES DE LOS USUARIOS	FOTOGRAFIA DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS
2.	Contribuir en la preparación y elaboración de los informes de gestión y demás que sean requeridos para	ALIMENTACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE BASE DE	CAPTURA REALIZANDO ALIMENTACION



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 3 de 9

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS

	garantizar respuestas oportunas y adecuadas a los entes de control y a la entidad.	DATOS DE PQRS REGIONAL VELEZ	DE BASE DE DATOS DE PQRS
3.	Responder por el cuidado y custodia de los documentos que se manejen en los procesos que sea de conocimiento de la dependencia.	MANEJO DE LOS DOCUMENTOS RECEPCIONADOS	CAPTURA DE PANTALLA DE RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS
4.	Proyectar los documentos y respuestas requeridas para las dependencias de conformidad con la normatividad establecidos.	ESTE MES NO SE REALIZÓ	N.A
5.	Asistir a las capacitaciones que se programen sobre salud ocupacional y sistema de gestión con el fin de generar actualización de los programas para la correcta ejecución del objeto de los contratistas y cumplir con el sistema de gestión integral de la Corporación.	PARTICIPACION EN CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD	FOTOGRAFÍAS DE ACTIVIDADES Y LISTADOS DE ASISTENCIA
6.	Apoyar en la organización, clasificación y archivo, para efectuar la gestión documental de la regional.	SE APOYA EN LA CLASIFICACIÓN DE LOS DOCUMENTOS	ARCHIVO DE DOCUMENTOS EN LOS RESPECTIVOS EXPEDIENTES.
7.	Brindar apoyo a los usuarios internos y externos y suministrar la información que sea solicitada, de conformidad con los procesos establecidos.	ATENCION A USUARIOS INTERNOS Y EXTERNOS	FOTOGRAFIAS DE ATENCION A USUARIOS
8.	Recopilación de información y digitación de listados informativos.	ALIMENTACIÓN DE BASE DE DATOS DE PQRS	CAPTURA DE PANTALLA
9.	Apoyar en la elaboración de requerimientos y solicitud de la dependencia.	APOYO EN LA ELABORACION DEL INFORME DEL CUARTO TRIMESTRE DE PQRS	DILIGENCIAMIENTO DE APLICATIVO
10.	Alimentar el centro de información de trámites ambientales CITA.	ESTA OBLIGACION NO SE REALIZÓ ESTE MES	N.A
11.	Apoyar la inclusión de la documentación en los expedientes y carpetas de archivo.	SE ANEXA DOCUMENTACION A LOS EXPEDIENTES	ARCHIVO DE DOCUMENTOS EN LOS RESPECTIVOS EXPEDIENTES.



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 4 de 9

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS

12.	Aplicar los sistemas de gestión y control adoptados de conformidad con los procedimientos de entidad.	NO SE REALIZÓ ESTA ACTIVIDAD EN ESTE MES	N.A
13	Apoyar en el diligenciamiento y alimentación de las bases de datos de la oficina.	ALIMENTACIÓN DE BASE DE DATOS DE PQRS	CAPTURA DE PANTALLA
14.	Apoyar en el proceso de liquidación de los instrumentos económicos de los cuales hace cobro la de apoyo Regional Vélez	NO SE REALIZÓ ESTA ACTIVIDAD EN ESTE MES	N.A
15	Asistir a las capacitaciones que se programen sobre salud ocupacional y sistema de gestión con el fin de generar actualización de los programas para la correcta ejecución del objeto contractual los contratistas y cumplir con el sistema de gestión integral de la corporación.	PARTICIPACION EN CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD	FOTOGRAFIA DE PARTICIPACIÓN EN LA CAPACITACION Y DE LA LISTA DE ASISTENCIA
16.	Dar cumplimiento a la Matriz de identificación de Peligros y Evaluación de Riesgos y a la Políticas seguridad y salud en el trabajo adoptada por la Cas, e igualmente, el contratista Es responsable adquirir y utilizar adecuadamente los Elementos de Protección Personal en el desarrollo de actividades contractuales	PARTICIPACION EN CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD	FOTOGRAFIA DE ASISTENCIA A LA CAPACITACION DE ARL SEMANA DE LA SALUD
17.	Las demás actividades que se requieran en relación con el objeto contractual		

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



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 5 de 9

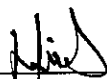
Fecha de Aprobación: 15/12/2022

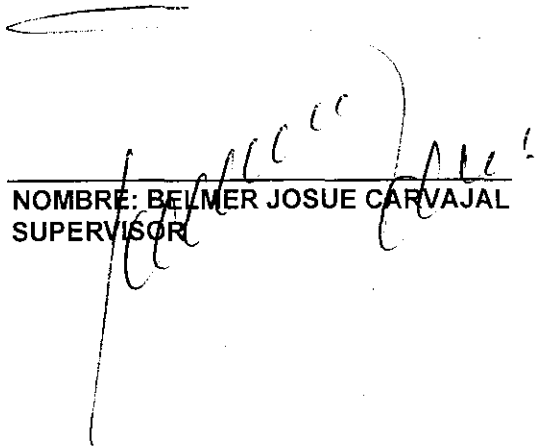
Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS

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 Vélez, 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.


NOMBRE: HEILEN JADITH ARIZA MANTILLA
C.C. 63.437.438 DE VÉLEZ


NOMBRE: BELMER JOSUE CARVAJAL
SUPERVISOR

EVIDENCIAS

Se alimentó la base de datos de las PQRS compartido en el drive con el registro de 60 radicados desde el 22 de noviembre al 6 de diciembre de 2025, se realizó participación activa en la atención al usuario interno y externo de la Regional Vélez.



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 6 de 9

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS

OBLIGACIÓN No. 1 y 7

ATENCION A CLIENTES INTERNOS Y EXTERNOS





CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 7 de 9

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS

OBLIGACION No. 2 - 4 - 8 - 9

Se alimentó y diligenció la base de datos de PQRS de la Regional Vélez, desde el 22 de noviembre al 6 de diciembre del 2025 registrando un total de 60 PQRS.

Archivo Inicio Insertar Compartir Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Automatizar Ayuda Dibujo Diseño de tabla

Compartir

F653

RADICADO	FECHA DE RADICADO (dd/mm/aa)	CANAL DE COMUNICACIÓN	PRIORIDAD	ESTADO	TIPO DE SOLICITUD	INTERESADO	MUNICIPIO DE RADICACIÓN
80.30.24980.2025	11/26/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud	KATHERINE YAIMA RUEDA	Vélez
80.30.24982.2025	11/26/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud	PATRICIA LERA POLICIA BARBOSA	Vélez
80.30.24987.2025	11/26/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud de Trámite	ANA OFELIA AVILA DE SAMBRANO	Vélez
80.30.25007.2025	11/26/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud de Trámite	CESAR AUGUSTO ARIZA QUIROGA	Vélez
80.30.25040.2025	11/26/2025	Correo Electrónico	Baja	Abierto	Solicitud	LUZ LADY LONDONO VALENCIA	Vélez
80.30.25050.2025	11/27/2025	Físico	Media	Resuelto	Petición	RODRIGUEZ	Vélez
80.30.25117.2025	11/27/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud de Trámite	FELICIANO MENDOZA	Vélez
80.30.25198.2025	11/28/2025	Físico	Media	Abierto	Queja	SILVIA GALEANO	Vélez
80.30.25216.2025	11/28/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud de Trámite	LUZ AMPARO DIAZ ARDILA	Vélez
80.30.25220.2025	11/28/2025	Físico	Baja	Abierto	Queja	NOELY ARIZA	Vélez
80.30.25224.2025	11/28/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud	LUZ AMPARO DIAZ ARDILA	Vélez
80.30.25233.2025	11/28/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud de Trámite	NIDIA MAYERLY PARRA ARIZA	Vélez
80.30.25234.2025	11/28/2025	Correo Electrónico	Baja	Abierto	Solicitud	JORGE IVAN PICO JIMENEZ	Vélez
80.30.25236.2025	11/28/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud de Trámite	HECTOR GONZALEZ ARIZA	Vélez
80.30.25237.2025	11/28/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud de Trámite	YESID ARIZA GALEANO	Vélez
80.30.25239.2025	11/28/2025	Correo Electrónico	Baja	Abierto	Queja	ANONIMO ANONIMO	Vélez
80.30.25242.2025	11/28/2025	Correo Electrónico	Baja	Resuelto	Solicitud	ACUEDUCTO CANUTILLO	Vélez
80.30.25244.2025	11/28/2025	Correo Electrónico	Baja	Traslado	Solicitud	CLAUDIA SANCHEZ	Bucaramanga
80.30.25266.2025	11/29/2025	Correo Electrónico	Baja	Abierto	Solicitud	HERNANDEZ	Sangil
80.30.25344.2025	12/1/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud	MARIA AURORA ARIZA DE ARDILA	Vélez

O670

RADICADO	FECHA DE RADICADO (dd/mm/aa)	CANAL DE COMUNICACIÓN	PRIORIDAD	ESTADO	TIPO DE SOLICITUD	INTERESADO	MUNICIPIO DE RADICACIÓN
80.30.25556.2025	12/3/2025	Físico	Baja	Abierto	Queja	ESTELA ZABALA	Vélez
80.30.25572.2025	12/3/2025	Correo Electrónico	Baja	Abierto	Solicitud	PATINO PATRULLERO POLICIA	Vélez
80.30.25606.2025	12/3/2025	Físico	Media	Abierto	Solicitud	AYALA PERSONERO VELEZ	Vélez
80.30.25607.2025	12/3/2025	Físico	Media	Abierto	Petición	AYALA PERSONERO VELEZ	Vélez
80.30.25630.2025	12/3/2025	Correo Electrónico	Baja	Abierto	Solicitud	SECRETARIO DE DESARROLLO DE	Vélez
80.30.25667.2025	12/4/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud de Trámite	JAVIER RODRIGUEZ ORTIZ	Vélez
80.30.25699.2025	12/4/2025	Correo Electrónico	Baja	Abierto	Solicitud	PROBUELO	San Gil
80.30.25712.2025	12/4/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud de Trámite	INSTITUCION DE VELEZ	Vélez
80.30.25754.2025	12/4/2025	Correo Electrónico	Baja	Abierto	Solicitud	RODRIGUEZ	San Gil
80.30.25780.2025	12/5/2025	Físico	Baja	Abierto	Queja	MARCO FIDEL OBANDO	Vélez
80.30.25784.2025	12/5/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud	BLANCA SONIA MANTILLA CSTILLO	Vélez
80.30.25791.2025	12/5/2025	Físico	Baja	Abierto	Queja	ABALON ARIZA PARRA	Vélez
80.30.25835.2025	12/5/2025	Físico	Baja	Abierto	Solicitud de Trámite	carlos julio herreno ariza	Vélez
80.30.25837.2025	12/5/2025	Correo Electrónico	Baja	Abierto	Petición	NELSON CASTELLANOS ALIADO	Vélez



**CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE
SANTANDER CAS**

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 8 de 9

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

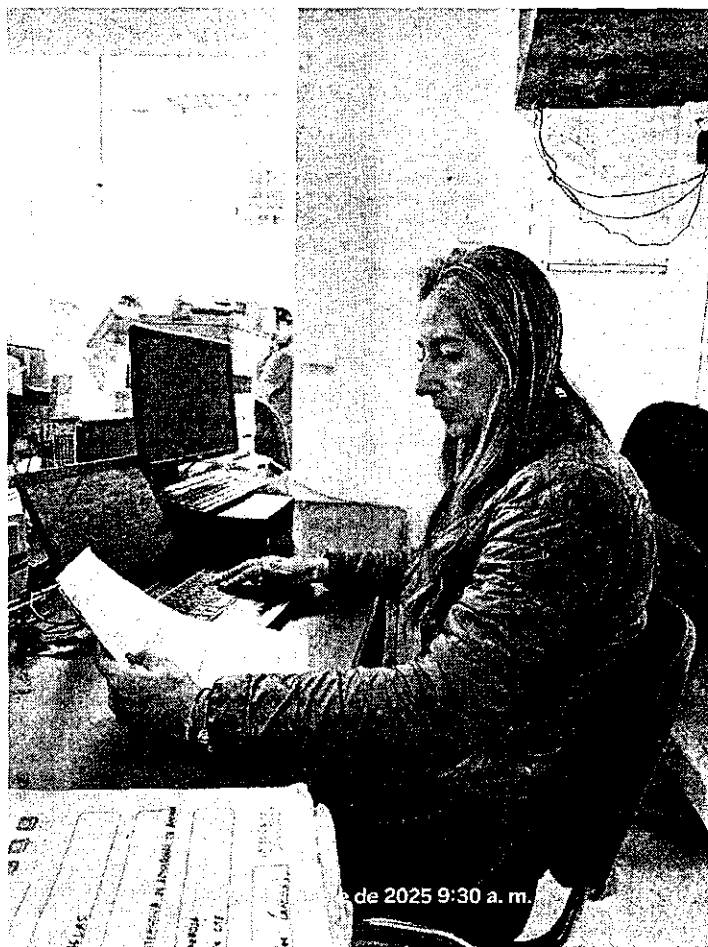
Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS

OBLIGACION No. 3 - 6 - 11

RECEPCIÓN Y ARCHIVO DE DOCUMENTOS EN LOS RESPECTIVOS EXPEDIENTES

Se realiza el correcto archivo de los documentos recepcionados para continuidad de los trámites y posterior entrega a los compañeros de archivo.





CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS

Código: F-PCT-027

Versión: 03

Página: 9 de 9

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

Proceso: Contratación

INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS

OBLIGACION No. 5 - 15 - 16

ASISTIR A LAS CAPACITACIONES

PARTICIPACION EN LAS CAPACITACIONES LISTA DE ASISTENCIA Y CAPTURA DE PANTALLA DE CAPACITACIÓN VIRTUAL

LISTA DE ASISTENCIA					
Nº	NOMBRE	ENTIDAD/DEPENDENCIA	CARGO	TELÉFONO	EMAIL
1	José García León	R.V. 1	Contratista	310477389	jgarcia@cas.gov.co
2	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
3	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
4	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
5	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
6	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
7	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
8	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
9	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
10	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
11	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
12	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
13	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
14	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
15	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
16	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
17	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
18	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
19	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
20	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
21	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
22	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
23	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
24	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
25	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
26	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
27	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
28	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
29	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co
30	Rebeca García León	R.V. 2	Contratista	310477389	rebeca@cas.gov.co



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

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:

CAO

INGRESO ☐ PERIÓDICO ☐ EGRESO ☒ ALTURAS ☐ ESPECIAL: _____

FECHA: 06 Diciembre - 2013

NOMBRE: Hazel Judith Ariza Montilla

C.C.: 63.432.438

CARGO: Controladora

CIUDAD: Cúcuta

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) ☐

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 VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

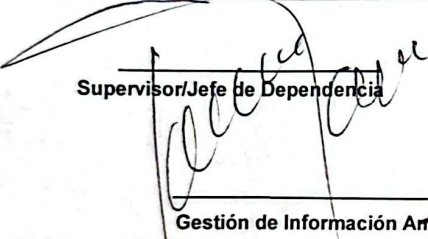
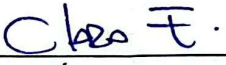
SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS
Médico - Cirujano
Especialista Salud Ocupacional
Licencia S.O. 0596sss

FIRMA DEL TRABAJADOR

SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS

CC

6345438

 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	HEILEN JADITH ARIZA MANTILLA		CEDULA	63.437.438
Dependencia	REGIONAL VÉLEZ			
Número de Contrato: 959-2025	Fecha del contrato: Día 22 Mes JULIO Año 2025			
Fecha de Terminación contrato : Día 06 Mes DICIEMBRE Año 2025				
 Supervisor/Jefe de Dependencia  Jefe del Área de Bienes y Servicios  Gestión de Información Ambiental y Tecnologías de Apoyo				
Mediante el registro de sus datos personales en el presente documento usted autoriza a la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS para la recolección, almacenamiento y uso de los mismos con la finalidad de que lleve el control de ingreso o asistencia, lo contacte, consulte la información registrada en otras bases de datos o archivos de cualquier entidad pública o privada, nacional o internacional, adelante trámites ante autoridades y atienda requerimientos de entidades públicas o privadas y, en general, para que la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS cumpla las demás finalidades establecidas en el aviso de privacidad publicado en http://cas.gov.co, el cual declara haber leído previamente al otorgamiento de la autorización. Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento es la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, ubicada en la Carrera 12 No. 9-06, San Gil, Santander PBX: (57 7) 723 8925, 7240765 correo electrónico: contactenos@cas.gov.co				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 63437438
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HEILEN JADITH ARIZA MANTILLA ARIZA MANTILLA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VELEZ	DEPARTAMENTO: SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 4 NO 12 - 97	TELÉFONO: 7563017
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Educación de instituciones
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA: 01 - CONTRATO NUEVO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7992851273	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: noviembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: noviembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1959415289

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 281.700
SUBTOTAL:			1	\$ 281.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 220.100
SUBTOTAL:			1	\$ 220.100
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902001061	CCF39	CCF39-CAJASAN	1	\$ 35.300
SUBTOTAL:			1	\$ 35.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 18.400
SUBTOTAL:			1	\$ 18.400

VALOR SIN MORA:	\$ 555.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 555.500

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:					63437438				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					HEILEN JADITH ARIZA MANTILLA ARIZA MANTILLA					NÚMERO PLANILLA:					7992851273				
CIUDAD/MUNICIPIO:					SANTANDER					PERIODO COTIZACIÓN OTROS					MES				
DIRECCIÓN:					VELEZ DEPARTAMENTO:					noviembre AÑO					2025				
TIPO APORTANTE:					CARRERA 4 NO 12 - 97					DÍAS DE MORA:					0				
TIPO EMPRESA:					02-INDEPENDIENTE					FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):					2025/11/27				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					PRIVADA					NÚMERO AUTORIZACIÓN:					1959415289				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					SUCURSAL					I-INDEPENDIENTE					I-INDEPENDIENTES				
					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Educación de instituciones universitarias o de es					2025				
					SUCURSAL / DEPENDENCIA:					01 - CONTRATO NUEVO									
										NO									

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	\$ 281.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 281.700	\$ 0	\$ 281.700
SUBTOTALES:										\$ 281.700	\$ 0	\$ 281.700

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	
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 220.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 220.100	\$ 0	\$ 0	\$ 220.100	
SUBTOTALES:													\$ 220.100	\$ 0	\$ 0	\$ 220.100	

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	\$ 18.400	\$ 18.400	\$ 0	\$ 0	\$ 18.400
SUBTOTALES:									\$ 18.400	\$ 0	\$ 0	\$ 18.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR						
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE				APORTES	VALOR PAGADO
CCF39	CCF39-CAJASAN			1	\$ 35.300	\$ 35.300
SUBTOTALES:					\$ 35.300	\$ 35.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL										PARAFISCALES																							
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN					SEGURO SOCIAL					ARP			DÍAS COT	IBC	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU							
																									ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		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
1	CC 63437438	ARIZA MANTILLA HEILEN JADITH	INDEPENDI NTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.760.400			NO																	25-14 COLPENSI ONES	30	1.760.400	\$ 281.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0						Normal	\$ 281.700				EPS005- SANITAS S.A.	30	1.760.400	\$ 220.100							

TOTAL PAGADO: \$ 555.500

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 63437438
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	HEILEN JADITH ARIZA MANTILLA ARIZA MANTILLA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	VELEZ	DEPARTAMENTO: SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 4 NO 12 - 97	TELÉFONO: 7563017
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Educación de instituciones
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA: 01 - CONTRATO NUEVO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7996617666	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: diciembre	PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD: AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1974786001

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

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 281.700
SUBTOTAL:			1	\$ 281.700
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	\$ 220.100
SUBTOTAL:			1	\$ 220.100
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8902001061	CCF39	CCF39-CAJASAN	1	\$ 35.300
SUBTOTAL:			1	\$ 35.300
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 18.400
SUBTOTAL:			1	\$ 18.400

VALOR SIN MORA:	\$ 555.500
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 555.500

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:					63437438				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					HEILEN JADITH ARIZA MANTILLA ARIZA MANTILLA					NÚMERO PLANILLA:					7996617666				
CIUDAD/MUNICIPIO:					SANTANDER					PERIODO COTIZACIÓN OTROS					MES				
DIRECCIÓN:					VELEZ					diciembre					AÑO				
TIPO APORTANTE:					CARRERA 4 NO 12 - 97					2025					0				
TIPO EMPRESA:					02-INDEPENDIENTE					PERIODO COTIZACIÓN SALUD:					MES				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					PRIVADA					2025/12/02					NÚMERO AUTORIZACIÓN:				
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					SUCURSAL					1974786001									
					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Educación de instituciones universitarias o de es									
					SUCURSAL / DEPENDENCIA:					01 - CONTRATO NUEVO									
										NO									

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	\$ 281.700	\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 281.700	\$ 0	\$ 281.700		
SUBTOTALES:												\$ 281.700	\$ 0	\$ 281.700			

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	
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 220.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 220.100	\$ 0	\$ 0	\$ 220.100	
SUBTOTALES:													\$ 220.100	\$ 0	\$ 0	\$ 220.100	

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	\$ 18.400	\$ 18.400	\$ 0	\$ 0	\$ 18.400
SUBTOTALES:									\$ 18.400	\$ 0	\$ 0	\$ 18.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR							
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE				APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF39	CCF39-CAJASAN			1	\$ 35.300	\$ 0	\$ 35.300
SUBTOTALES:					\$ 35.300	\$ 0	\$ 35.300

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	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN										SALUD								ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		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
																															SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																											
1	CC 63437438	ARIZA MANTILLA HEILEN JADITH	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 1.760.400				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	\$ 1.760.400	\$ 281.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 281.700	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 1.760.400	\$ 220.100	\$ 0	\$ 220.100	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.760.400	\$ 63437438	\$ 18.400	30	\$ 1.760.400	CCF39-CAJASAN	\$ 35.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0						

TOTAL PAGADO:

\$ 555.500