



**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**

<b>Fecha de Presentación:</b>	15 de Diciembre de 2025	<b>Evidencias:</b>	SI	<input type="checkbox"/>
<b>Contratista:</b>	LUIS ANDRES MARTINEZ CHAPARRO			
<b>C.C. o NIT:</b>	91455953			
<b>Documento Principal:</b> (Marque con una X)	Contrato	<input checked="" type="checkbox"/>	Convenio	<input type="checkbox"/>
			Adicional	<input type="checkbox"/>
<b>Número del Contrato</b>	01313-2025	<b>REGISTRO PRESUPUESTAL</b> (Recuerde que en este campo debe registrar los números de RP del contrato inicial y adicionales si existen)		<b>No.</b> 25-08603 de noviembre 07 de 2025
<b>Objeto del Contrato:</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO (A) AMBIENTAL PARA SUMINISTRAR EL APOYO PROFESIONAL EN LAS ACTIVIDADES, PROYECTOS Y PROCESOS QUE SE GENEREN EN LA SUBDIRECCIÓN DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO AMBIENTAL DE LA CAS.			
<b>Valor mensual a pagar:</b> (Números y Letras)	UN MILLON NOVECIENTOS VEINTE MIL DOSCIENTOS QUINCE PESOS M/CTE (\$1.920.215,00)			
<b>Documentos Anexos:</b>	*Planilla Pago Seguridad Social y Parafiscales - Informe de actividades y supervisión, Rut Actualizado (Solo Primer cuenta).	Certificación Bancaria. Primera cuenta: <input checked="" type="checkbox"/> Cambio de Cuenta: <input type="checkbox"/> <b>De otra forma no adjuntar Certificación.</b>	Otros Documentos: * Carta de dependientes * 2 Registros civiles * Crédito hipotecario * Examen de Egreso * Paz y Salvo	
<b>Periodo a Cobrar:</b>	Diciembre 07 a diciembre 21 de 2025	Pago No:	002	Parcial: <input type="checkbox"/> Final: <input checked="" type="checkbox"/>
<b>Dando cumplimiento a lo establecido en el art. 1 Del Decreto 1070 de Mayo 28 de 2013 y como persona residente en Colombia, EL CONTRATISTA declara:</b>			<b>SI</b>	<b>NO</b>
a) Durante el año gravable 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)			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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			<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>RESPONSABLES:</b>				
<b>LUIS ANDRES MARTINEZ CHAPARRO</b> CC 91.455.953 de Oiba <b>CONTRATISTA</b>		<b>EDNA ROCIO CASTELLANOS MARTINEZ</b> <b>SUPERVISOR</b> <b>Subdirector de Planeación y Ordenamiento Ambiental</b>		
<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 <a href="http://cas.gov.co">http://cas.gov.co</a>, el cual declara haber leído previamente al otorgamiento de la autorización. Como titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos. El responsable del tratamiento es la CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER – CAS, ubicada en la Carrera 12 No. 9-06, San Gil, Santander PBX: (57 7) 723 8925, 7240765 correo electrónico: <a href="mailto:contactenos@cas.gov.co">contactenos@cas.gov.co</a></small></p>				

	<b>CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS</b>	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

<b>CONTRATO No.:</b>	01313-2025		
<b>CONTRATISTA:</b>	LUIS ANDRES MARTINEZ CHAPARRO		
<b>Nit o C.C. No.</b>	91455953		
<b>OBJETO:</b>	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO (A) AMBIENTAL PARA SUMINISTRAR EL APOYO PROFESIONAL EN LAS ACTIVIDADES, PROYECTOS Y PROCESOS QUE SE GENEREN EN LA SUBDIRECCIÓN DE PLANEACION Y ORDENAMIENTO AMBIENTAL DE LA CAS.		
<b>VALOR INICIAL:</b>	\$ 5.760.646,00		
<b>VALOR ADICIONAL:</b>	\$ 0,00		
<b>PLAZO CONTRATO:</b>	UN (01) MES Y QUINCE (15) DÍAS.		
<b>PLAZO ADICIONAL:</b>			
<b>SUPERVISOR:</b>	EDNA ROCIO CASTELLANOS MARTINEZ		
<b>CARGO SUPERVISOR:</b>	SUBDIRECTOR DE PLANEACIÓN Y ORDENAMIENTO AMBIENTAL		
<b>FECHA INICIO DEL CONTRATO:</b>	07 de Noviembre de 2025		
<b>FECHA DE SUSPENSIÓN 1-2-3:</b> <small>(Si existe más de 1 suspensión registre en orden las fechas 1, 2, 3...)</small>	NO APLICA		
<b>FECHA DE REINICIO 1-2-3:</b> <small>(Si existe más de 1 reinicio registre en orden las fechas 1, 2, 3...)</small>	NO APLICA		
<b>FECHA DE TERMINACIÓN 1:</b>	21 de diciembre de 2025		
<b>FECHA DE TERMINACIÓN 2-3-4:</b> <small>(Si existe una suspensión registre en orden las fechas de terminación 2, 3, 4...)</small>			
<b>VALOR A PAGAR</b>	(\$1.920.215,00)		
<b>PERIODO DE PAGO:</b>	Diciembre 07 a Diciembre 21 de 2025		
<b>PAGO No: (En Números)</b>	2		

#### 2. Información Financiera del Contrato

<b>VALOR DEL CONTRATO:</b>	\$5.760.646,00
<b>VALOR ADICIONAL:</b>	\$0,00
<b>VALOR PAGO ACTUAL:</b>	\$1.920.215,00
<b>VALOR PAGADO</b> (A la fecha del informe)	\$3.840.431,00.
<b>VALOR POR EJECUTAR</b>	\$0,00

	<b>CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS</b>	Código: F-PCT-027
		Versión: 03
		Página: 2 de 9
		Fecha de Aprobación: 15/12/2022
<b>Proceso: Contratación      INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS</b>		

### 3. Control Pago de Seguridad Social.

PERIODO PAGO	No PLANILLA	PAGO SALUD	PAGO PENSIÓN	PAGO RIESGOS	V/PAGADO TOTAL
Diciembre 2025	35570054	\$192.300	\$246.100	\$16.100	\$485.300

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

### 4. Obligaciones Contractuales.

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

No.	Obligaciones Contractuales	Acciones Realizadas	Evidencias
1.	Contribuir en las actividades, proyectos y procesos que se generen en la Subdirección de Planeación y Ordenamiento Ambiental que contribuyan al cumplimiento de las metas del Plan de Acción cuatrienal " <i>Es tiempo de la Sostenibilidad</i> " para la vigencia 2024-2027.	* Participación en la capacitación de formularios VITAL información Minero Ambiental	Anexo 1: Listado de asistencia a capacitación y pantallazo
2.	Realizar la ejecución de las actividades de apoyo profesional en la supervisión e interventorías de contratos y convenios derivados de los proyectos adscritos y asignados a la dependencia, conforme a las cláusulas y anexos establecidos en ellos, así como diseñar, diligenciar y mantener actualizados controles utilizando las respectivas herramientas tecnológicas para generar alertas e informes sobre el estado actual de ejecución de los mismos. Al igual que revisar el documento y hacer el seguimiento al Plan Operativo, Plan de trabajo, Metodología, Cronograma de actividades y demás obligaciones de los contratos y convenios supervisados, que conlleven a la correcta ejecución del objeto vigilado.	* Participación en el tercer comité del convenio 012-2021 CAS. - ANM	Anexo 2: Listado de asistencia a comité
3.	Contribuir y brindar el apoyo profesional en el trámite de Concertación de los asuntos Ambientales de los POT, y PBOT y planes Parciales de los Municipios de la Jurisdicción, así como prestar asistencia profesional en las solicitudes y atención de ciudadanos en materia ambiental y de planificación territorial, en los municipios de la jurisdicción de la Corporación, revisión documental, y demás actividades que se generen dentro del ordenamiento, regulación, control y planeación ambiental del territorio, así como participar en las mesas técnicas de trabajo con los diferentes municipios, entidades del	* Revisión Títulos Mineros Municipio de Cerrito, para atender la solicitud de concertación del EOT de este municipio	Anexo 3: Plano Títulos Mineros Municipio de Cerrito



**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**

	orden departamental y nacional en temas relacionados con ordenamiento territorial.		
4.	Realizar el estudio técnico que amerite las solicitudes y proyectar las certificaciones de carácter ambiental (minerías) conforme a los parámetros establecidos por la Circular SG-40002023E4000013 del 19 de enero de 2023 del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible y proyectar la respectivas certificaciones	* Revisión de documentación de 11 solicitudes para la expedición de certificaciones mineras:  1210090044970924003, 1210090044970924002, 1210090044970924001, 1210105527426525004, 1210105761097825006, 1210006336847925001, 1210109875770625001, 1210006332409425001, 1210006332409425002, 1210010491171223002, 1210000408557525001	Anexo 4: Solicitudes de certificación minera radicadas, expedidas y publicadas en la plataforma VITAL
5.	Radicar en el aplicativo VITAL, las solicitudes certificaciones de carácter ambiental (minerías) conforme a los parámetros establecidos por la Circular SG 40002023E4000013 del 19 de enero de 2023 del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible.	* Se radicaron en el aplicativo Vital 11 solicitudes para la expedición de certificaciones mineras:  1210090044970924003, 1210090044970924002, 1210090044970924001, 1210105527426525004, 1210105761097825006, 1210006336847925001, 1210109875770625001, 1210006332409425001, 1210006332409425002, 1210010491171223002, 1210000408557525001	Anexo 4: Solicitudes de certificación minera radicadas, expedidas y publicadas en la plataforma VITAL
6.	Publicar y notificar en el aplicativo VITAL las certificaciones de carácter ambiental (minerías) conforme a los parámetros establecidos por la Circular SG 40002023E4000013 del 19 de enero de 2023 del Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible.	* Se publicaron y Notificaron 11 Certificaciones mineras en el aplicativo VITAL:  1210090044970924003, 1210090044970924002, 1210090044970924001, 1210105527426525004, 1210105761097825006, 1210006336847925001, 1210109875770625001, 1210006332409425001, 1210006332409425002, 1210010491171223002, 1210000408557525001	Anexo 4: Solicitudes de certificación minera radicadas, expedidas y publicadas en la plataforma VITAL
7.	Realizar la revisión del componente de títulos mineros en la concertación de los de los POT, y PBOT y planes Parciales de los Municipios de la Jurisdicción.	* Revisión Títulos Mineros Municipio cerrito, para atender la solicitud de concertación del EOT de este municipio	* Anexo 3: Plano Títulos Mineros Municipio de Cerrito
8.	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 haya incluido en el Sistema de Gestión Integrado de la Entidad, con el código M-PGT-001 el cual se reglamenta las	* Se dio cumplimiento al manual de políticas de seguridad de la información de la CAS	No Aplica



**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**

	políticas de seguridad, la información para equipos, instalaciones, redes e internet de la CAS. Sus normas prácticas y procedimientos.		
9.	Participar, asistir a las reuniones, inducciones y reinducciones que se programen sobre salud y seguridad en el trabajo y sobre el Sistema de Gestión Integrado con el fin de generar actualización de los programas para la correcta ejecución del objeto contractual y las que se convoquen para el normal desarrollo del objeto contractual.	* Durante el periodo no se desarrollaron reuniones de inducciones y reinducciones programadas sobre salud y seguridad en el trabajo y sobre el Sistema de Gestión Integrado.	No Aplica
10.	Realizar las actividades que le sean asignadas por el aplicativo CITA y mantener constantemente actualizada la información que requiere el aplicativo Centro de Información de trámites ambientales (CITA) de acuerdo a sus respectivos módulos de asignación.	* Se dio Respuesta a los radicados CITA 24807, 13934, 7850, 2010	* Anexo 5: Oficios respuesta radicados CITA 24807, 13934, 7850, 2010 y pantallazo CITA
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 haya incluido en el Sistema de Gestión Integrado de la Entidad, con el código M-PGT-001 el cual se reglamenta las políticas de seguridad, la información para equipos, instalaciones, redes e internet de la CAS. Sus normas prácticas y procedimientos.	* Se dio cumplimiento al manual de políticas de seguridad de la información adoptado mediante resolución No. DGL 00238 del 12 de marzo de 2015	* No aplica
12.	Presentar al momento de finalizar su objeto contractual con la entidad, un informe general del estado de los contratos y convenios en los que presto el respectivo apoyo de supervisión e interventoría, indicando las actuaciones realizadas, actividades por ejecutar, recomendaciones, y su respectivo estado actual de los mismos. Al igual que las demás actividades asignadas que no hayan concluido su terminación, entregando al líder de área y supervisión los correspondientes archivos y medios magnéticos y escritos la información generada en el ejercicio de su objeto contractual con la entidad.	* Se elabora el informe general del contrato CPS 1313	* Anexo 6: Informe Final Contrato CPS 1313
13.	Realizar las demás actividades que se requieran con relación al objeto contractual.	* Participación en reunión apoyo Supervisiones de Contratos Dic 12 de 2025	Anexo 7: Listado de

	<b>CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS</b>	Código: F-PCT-027
		Versión: 03
		Página: 5 de 9
		Fecha de Aprobación: 15/12/2022
Proceso: Contratación		<b>INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS</b>

			asistencia y registro fotografico
--	--	--	-----------------------------------

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.

  
 LUIS ANDRÉS MARTINEZ CHAPARRO  
 C.C. 91,455.953

  
 EDNA ROCIO CASTELLANOS MARTINEZ.  
 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](mailto:contactenos@cas.gov.co)

	<b>CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS</b>	Código: F-PCT-027
		Versión: 03
		Página: 6 de 9
		Fecha de Aprobación: 15/12/2022
Proceso: Contratación		INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS

## EVIDENCIAS

### Anexo 1: Listado de asistencia a capacitación y pantallazo

**Sesión técnica**

**Formularios VITAL - Información Minero - ambiental**

Quando envíe este formulario, no recibirá automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.

\* Obligatorio

1. NOMBRE(S) y APELLIDO(S) \*

Luis Andres MADrinez Chaparro

2. ENTIDAD/ORGANIZACIÓN/DEPENDENCIA \*

CAS

3. CARGO \*

Contratista SPL

### Anexo 2: Listado de asistencia al 3comite Convenio 012-2021

**TERCER COMITÉ TÉCNICO DEL CONVENIO 012 DE 2021 CAS - ANM.**

Quando envíe este formulario, no recibirá automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.

1. Nombres y Apellidos.

LUIS ANDRES MARTINEZ CHAPARRO

2. Cédula.

91455953

3. Entidad que representa.

CAS

4. Cargo.

CONTARTISTA SPL

5. Teléfono.

3004943184

6. Correo electrónico.

andresminas2018@gmail.com



# CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS

Código: F-PCT-027

Versión: 03

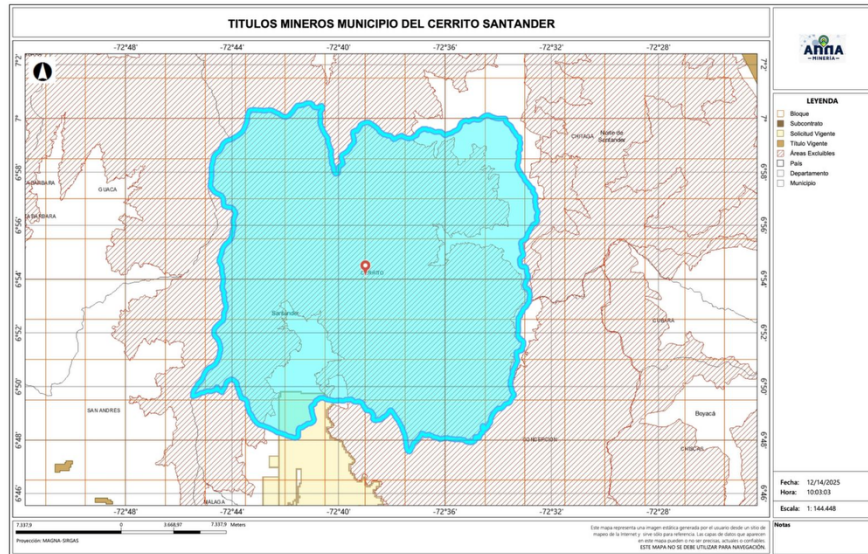
Página: 7 de 9

Fecha de Aprobación: 15/12/2022

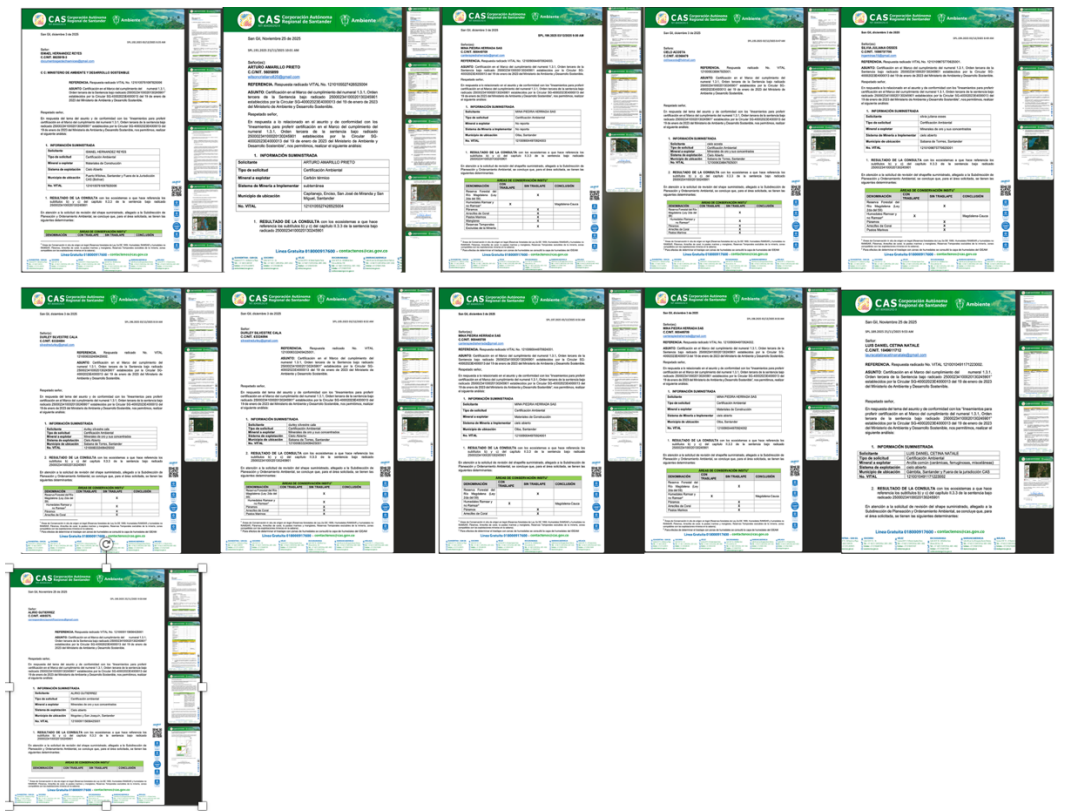
Proceso: Contratación

## INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS


### Anexo 3: Plano Títulos Mineros Municipio de Cerrito



### Anexo 4: Solicitudes de certificación minera radicadas, expedidas y publicadas en la plataforma VITAL





	<b>CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DE SANTANDER CAS</b>	Código: F-PCT-027
		Versión: 03
		Página: 9 de 9
		Fecha de Aprobación: 15/12/2022
<b>Proceso: Contratación      INFORME DE ACTIVIDADES Y SUPERVISIÓN CPS</b>		

ANEXO 7: Listado de asistencia y registro fotográfico Capacitación Supervisiones

### ASISTENCIA REUNION APOYO SUPERVISIÓN SPL 12 dic 2025

Quando envíe este formulario, no recopilará automáticamente sus detalles, como el nombre y la dirección de correo electrónico, a menos que lo proporcione usted mismo.

\* Obligatorio

1. nombre y apellido \*


ANDRES MARTINEZ CHAPARRO

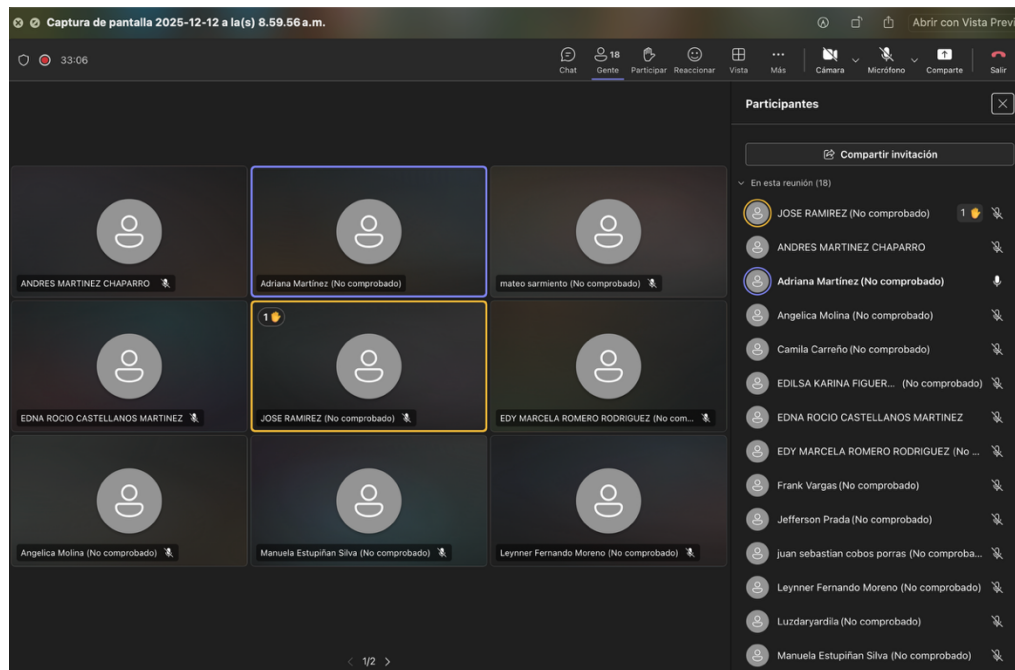
2. linea de trabajo SPL \*

andresminas2018@gmail.com

**Enviar**

No revele nunca su contraseña. [Notificar abuso](#)

 Microsoft 365  
 Este contenido lo creó el propietario del formulario. Los datos que envíe se enviarán al propietario del formulario. Microsoft no es responsable de las prácticas de privacidad o seguridad de sus clientes, incluidas las que adopte el propietario de este formulario. Nunca des tu contraseña.  
**Microsoft Forms** | Encuestas, cuestionarios y sondeos con tecnología de inteligencia artificial [Crear mi propio formulario](#)  
 El propietario de este formulario no ha proporcionado una declaración de privacidad sobre cómo utilizarán los datos de tus respuestas. No proporciones información personal o confidencial. | [Términos de uso](#)



**Participantes**

En esta reunión (18)

- JOSE RAMIREZ (No comprobado)
- ANDRES MARTINEZ CHAPARRO
- Adriana Martínez (No comprobado)**
- Angelica Molina (No comprobado)
- Camila Carreño (No comprobado)
- EDILSA KARINA FIGUER... (No comprobado)
- EDNA ROCIO CASTELLANOS MARTINEZ
- EDY MARCELA ROMERO RODRIGUEZ (No ...)
- Frank Vargas (No comprobado)
- Jefferson Prada (No comprobado)
- juan sebastian cobos porras (No comproba...)
- Leyner Fernando Moreno (No comprobado)
- Luzdaryardia (No comprobado)
- Manuela Estupifan Silva (No comprobado)

RAZÓN SOCIAL :	LUIS ANDRES MARTINEZ CHAPARRO
IDENTIFICACIÓN:	CC-91455953
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	00
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-05
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-01-15
FECHA DE PAGO:	2025-12-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-12
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	35570054
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35570054
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	\$ 1.538.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 192.300	\$ 192.300
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.538.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 246.100	\$ 246.100
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.538.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 16.100	\$ 16.100
CCF39	890200106	CAJASAN	1	\$ 1.538.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 30.800	\$ 30.800
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 485.300	\$ 485.300

# PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/02/2026
----------------------------------	------------

Se certifica que en la fecha 2025-12-05 la empresa LUIS ANDRES MARTINEZ CHAPARRO con documento de identificación CC 91455953 sucursal 00, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante MARTINEZ CHAPARRO LUIS ANDRES identificado con CC-91455953, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-91455953		LUIS ANDRES MARTINEZ CHAPARRO		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
35570054	I	2025-12-05	0,01044	
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	890903790	14-11	ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.	30
CCF	890200106	CCF39	Caja Santandereana de Subsidio Familiar CAJASAN	30

# 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: 21/12/2025

NOMBRE: Lois Andrés Martínez Chaparro

C.C.: 91455953

CARGO: Controlista

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 LIPÍDICO <input type="checkbox"/>	RX: <input type="checkbox"/>
4. AUDIOMETRÍA <input type="checkbox"/>	9. VASCULAR PERIFÉRICO <input type="checkbox"/>	CH (HB - HCTO): <input type="checkbox"/>	OTRO: _____
5. OPTOMETRÍA <input type="checkbox"/>			

### CONCEPTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS  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

PUEDEN 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

<b>MANEJO POR EPS/ARL</b>	<b>OCUPACIONALES</b>	<b>HABITOS Y ESTILOS DE VIDA</b>
Control periódico PP por EPS <input type="checkbox"/>	Control periódico ocupacional <input checked="" type="checkbox"/>	Dieta <input 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 type="checkbox"/>
Continuar manejo médico <input type="checkbox"/>	Utilización de EPP <input checked="" type="checkbox"/>	Dejar el 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"/>	QUÍMICO <input type="checkbox"/>
	RESPIRATORIO <input type="checkbox"/>	OSTEOMUSCULAR <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 ESPECÍFICAS

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

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN A CERCA DE MI ESTADO DE SALUD. TODO ES VERDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

**SEBASTIÁN PINZÓN VARGAS**

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

FIRMA DEL TRABAJADOR

## CONDICION DE DECLARANTE Y EXISTENCIA Y DEPENDENCIA ECONOMICA

Yo, **LUIS ANDRES MARTINEZ CHAPARRO**, identificado con cédula de ciudadanía N. 91.455.953 expedida en Oiba Sdr, vecino de la ciudad de San Gil, residente en la Carrera 3 N° 10 A – 08, Barrio Acacias III.

En cumplimiento al párrafo 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 párrafo 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:

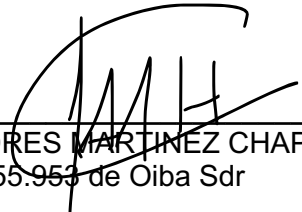
Nombre	Tipo de Documento de Identidad	Numero de Documento	Tipo (A, B, C, D o E)
ANDRES JUAN DIEGO MARTINEZ MENDEZ	REGISTRO CIVIL	1.100.974.653	A
ANDRES MATHIAS MARTINEZ MENDEZ	REGISTRO CIVIL	1.100.979.351	A

### TIPO DE DEPENDIENTES:

- A. Hijo(s) que tiene(n) hasta los 18 años de edad y depende(n) económicamente de mí.
- 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 párrafo 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.

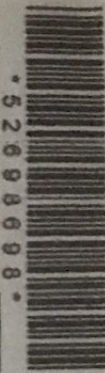
La presente certificación se expide en la ciudad de San Gil, a los diez (21) días del mes de Diciembre de 2025, para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención establecida en los artículos 383 y 387 del Estatuto Tributario.

  
\_\_\_\_\_  
LUIS ANDRES MARTINEZ CHAPARRO  
C.C. 91.455.953 de Oiba Sdr

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACION ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1.100.974.653

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 152698698

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría  Notaría  Número  Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código R 4 H

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía  
REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

**Datos del inscrito**

Primer Apellido MARTINEZ Segundo Apellido MENDEZ  
Nombre(s) ANDRES JUAN DIEGO

Fecha de nacimiento Año 2017 Mes ABR Día 18 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)  
COLOMBIA SANTANDER SAN GIL

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 14074559-7

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos MENDEZ JIMENEZ YURANY ANDREA

Documento de Identificación (Clase y número) CC 37.900.609 Nacionalidad COLOMBIA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos MARTINEZ CHAPARRO LUIS ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número) CC 91.455.953 Nacionalidad COLOMBIA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos MARTINEZ CHAPARRO LUIS ANDRES

Documento de Identificación (Clase y número) CC 91.455.953 Firma

**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 Año 2017 Mes ABR Día 24

Nombre y firma del funcionario que autoriza OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRILLA  
Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -



**REGISTRADURÍA  
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**



**NUIP** 1.100.979.351

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

**Indicativo Serial** 63731779

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría <input checked="" type="checkbox"/>	Notaría <input type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	R	4	H
---	----------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

**Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**  
REGISTRADURIA DE SAN GIL - COLOMBIA - SANTANDER - SAN GIL

**Datos del inscrito**

Primer Apellido				Segundo Apellido										
MARTINEZ				MENDEZ										
Nombre(s)														
ANDRES MATHIAS														
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)			Grupo sanguíneo		Factor RH						
Año	2	0	2	3	Mes	J	U	N	Día	1	5	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 vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	23061110515375

**Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)**  
Apellidos y nombres completos

MENDEZ JIMENEZ YURANY ANDREA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 37.900.609	COLOMBIA

**Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)**  
Apellidos y nombres completos

MARTINEZ CHAPARRO LUIS ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 91.455.953	COLOMBIA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos	
MARTINEZ CHAPARRO LUIS ANDRES	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 91.455.953	

**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 del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 3 Mes JUN Día 2 6	 OSCAR MAURICIO BAUTISTA LASPRILLA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

---



---



---



---



---



ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

\* 63731779 \*

Bogotá D.C. , Enero 26 de 2024

Apreciado cliente:  
LUIS ANDRES MARTINEZ CHAPARRO  
ING.ANDRESMINAS@GMAIL.COM

Asunto: Crédito hipotecario o leasing habitacional  
No. 6004047900217336

Reciba un cordial saludo de Davivienda. Para nosotros es una prioridad apoyar la construcción de su patrimonio con nuestras alternativas de financiación. Por este motivo, dado que su producto cuenta con la cobertura de tasa de interés otorgada por el Gobierno Nacional<sup>(1)</sup>, adjunto enviamos el detalle de sus pagos en 2023 y la proyección para 2024, excluyendo el monto del beneficio que se otorgará siempre que se cumplan las condiciones que lo regulan.

Para continuar con el beneficio de cobertura de tasa de interés ofrecido por el Gobierno Nacional y/o Davivienda, es necesario pagar oportunamente las cuotas mensuales. Este beneficio se perderá de forma definitiva, entre otras causas, por incurrir en mora de 3 cuotas consecutivas, como se menciona en la página web del Ministerio de Vivienda.

Para seguir disfrutando de estos beneficios, puede cancelar sus cuotas a través de nuestros canales virtuales: App Davivienda Móvil, [www.davivienda.com](http://www.davivienda.com) o PSE; si lo prefiere, también puede acercarse a cualquiera de nuestras oficinas.

Si tiene alguna duda, puede comunicarse con nosotros al Teléfono Rojo 601-338-3838 en Bogotá o a la línea gratuita 01-8000 123-838 desde cualquier lugar del país.

Atentamente,

**Banco Davivienda S.A.**

“De acuerdo con el artículo 10 del Decreto Reglamentario No. 836 de 1991, las certificaciones expedidas en forma continua impresa por computador no requieren firma autografiada”

(1)De conformidad con las normas: Decretos 1143 de 2009, 1190 de 2012, 701 de 2013 y 1077 de 2015 y Resoluciones 954 de 2009, 535 de 2012, 1263 de 2013, 666 de 2017 y demás normas que los reglamenten, modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.

**Extracto información leasing habitacional  
Resumen año 2023**

No. del contrato 6004047900217336

Valor Canon Inicial: 30,600,000

Valor Opción de Compra (0.00 %) \$0.00

**Valores en pesos**

Fecha año mes día	Pagos	Amortización a capital	Intereses mora	Seguros *	Beneficio de cobertura	Intereses corrientes	Gastos ** Administrativos	Saldo *** total
2022 12 30	0	0	0	0	454,263	0	0	118,634,693
2023 01 30	0	0	0	0	454,263	0	0	119,030,113
2023 02 28	1,257,407	467,894	150	117,642	454,263	671,721	0	118,163,263
2023 03 30	632,737	239,283	0	62,112	454,263	331,342	0	117,923,980
2023 04 30	0	0	0	0	454,263	0	0	118,317,936
2023 05 30	1,271,039	478,459	508	130,743	454,263	661,329	0	117,445,521
2023 06 30	644,875	242,579	0	74,810	454,263	327,487	0	117,202,942
2023 07 30	0	0	0	0	454,263	0	0	117,604,783
2023 08 30	645,000	242,644	234	75,029	454,263	327,093	0	117,360,323
2023 09 30	1,290,519	494,282	541	149,319	454,262	646,377	0	116,466,016
2023 10 30	0	0	0	0	454,263	0	0	116,862,752
2023 11 30	1,289,737	501,029	239	149,195	454,263	639,275	0	115,964,988
2023 12 30	644,164	250,898	0	74,427	454,263	318,839	0	115,714,090

\* Los seguros se calculan únicamente en pesos y hacen parte del valor de la cuota mensual (Circular 085 de 2000 emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia).

\*\* Se incluyen los gastos administrativos cargados y/o diferidos por concepto de valorización, impuestos, administración o servicios públicos diferidos, y los demás conceptos descritos en el contrato, como obligaciones a cargo del locatario.

\*\*\*El saldo total incluye el valor de la opción de compra pactada (porcentaje o valor del saldo de capital que el cliente elige para pagar al finalizar el plazo del leasing), la cual disminuirá únicamente en la medida en que el cliente haya realizado abonos dirigidos a dicha opción.

**Proyección contrato de leasing habitacional  
Resumen año 2024**

No. del contrato: 6004047900217336

Valor Opción de Compra ( 0.00 %) \$0.00

**Valores en pesos**

Fecha año mes día	Valor cuota a pagar	Intereses corrientes	Beneficio de cobertura	Valor en mora	Seguros *	Total cuota	Gastos ** Administrativos	Saldo ***	Amortización a capital
2023 12 30	0	0	0	0	0	0	0	115,714,090	0
2024 01 30	644,379	317,166	454,263	0	74,643	1,098,642	0	115,461,520	252,570
2024 02 29	644,313	315,483	454,263	0	74,577	1,098,576	0	115,207,267	254,253
2024 03 29	644,246	313,788	454,263	0	74,510	1,098,509	0	114,951,319	255,948
2024 04 30	644,179	312,081	454,263	0	74,443	1,098,442	0	114,693,664	257,655
2024 05 30	644,112	310,364	454,263	0	74,376	1,098,375	0	114,434,292	259,372
2024 06 30	644,044	308,634	454,263	0	74,308	1,098,307	0	114,173,190	261,102
2024 07 30	643,975	306,894	454,263	0	74,239	1,098,238	0	113,910,348	262,842
2024 08 30	643,906	305,141	454,263	0	74,170	1,098,169	0	113,645,753	264,595
2024 09 30	643,838	303,378	454,263	0	74,101	1,098,101	0	113,379,394	266,359
2024 10 30	643,768	301,602	454,263	0	74,032	1,098,031	0	113,111,260	268,134
2024 11 30	643,697	299,814	454,263	0	73,961	1,097,960	0	112,841,338	269,922
2024 12 30	643,900	298,015	454,263	0	74,164	1,098,163	0	112,569,617	271,721

**INFORMACIÓN ÚTIL PARA CONOCER EL COMPORTAMIENTO  
DE SU LEASING HABITACIONAL EN EL 2024  
Leasing No. 6004047900217336**

---

El cálculo de la proyección anual para el 2024 se realizó de acuerdo con las siguientes premisas:

- Se conservan las mismas condiciones de sistema de amortización, tasa de interés, plazo y seguros vigentes al 31 de diciembre de 2023.
- El saldo inicial de la proyección corresponde al valor total adeudado por capital, intereses, seguros e intereses de mora, si los hubiere, al 31 de diciembre de 2023. Los valores adeudados por concepto de honorarios por cobro jurídico y demás gastos legales, si los hubiere, no están incluidos y, por ende, su pago no hace parte de esta proyección.
- Si su leasing presenta mora al 31 de diciembre de 2023, el canon proyectado para enero de 2024 será el indicado en el extracto con el fin de que quede al día a esa fecha.

Los datos de esta proyección cambiarán si ocurre una o varias de las siguientes situaciones:

- Cualquier cambio en los supuestos de proyección para 2024 implica la modificación de los montos indicados en pesos, y no compromete la proyección de Davivienda.
- Cualquier pago realizado antes o después de la fecha de vencimiento, dado que la proyección está calculada con base en el pago oportuno de los cánones.
- Abonos extraordinarios realizados por el cliente.
- Variaciones en las tarifas de seguros determinadas por la compañía aseguradora, bien sea por vencimiento de la póliza, por aumento de siniestralidad o por cambios que solicite en relación con los deudores asegurados y amparos a tomar.
- Por incurrir en mora 3 cánones consecutivos o por retiro de un convenio de libranza, casos en los que la tasa podrá variar, al igual que los cánones aquí proyectados.

Esta proyección no incluye posibles honorarios y gastos legales a la fecha del cálculo, o valores en mora en los que se pudiere incurrir con posterioridad. No obstante, todo valor que se adeude a Davivienda por estos conceptos estará vigente hasta que sea cancelado totalmente por el cliente.

Tenga en cuenta que los valores asociados al inmueble como impuestos, valorización, administración, cuotas extraordinarias, servicios públicos y otros, no hacen parte de esta proyección y deben ser asumidos por el locatario.

**Recuerde:** para continuar con el beneficio de cobertura de tasa de interés ofrecido por el Gobierno Nacional<sup>(1)</sup> y/o Davivienda, es necesario pagar oportunamente los cánones mensuales. Este beneficio se perderá de forma definitiva, entre otras causas, por incurrir en mora 3 cánones consecutivos, como se menciona en la página web del Ministerio de Vivienda.

---

(1) De conformidad con las normas: Decretos 1143 de 2009, 1190 de 2012, 701 de 2013 y 1077 de 2015 y Resoluciones 954 de 2009, 535 de 2012, 1263 de 2013, 666 de 2017 y demás normas que los reglamenten, modifiquen, adicionen, complementen o sustituyan.



# 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	LUIS ANDRÉS MARTÍNEZ CHADARRO	CEDULA	91455953
Dependencia	SPL		
Número de Contrato:	1313	Fecha del contrato: Día 07 Mes <del>NOVIEMBRE</del>	Año 2025
Fecha de Terminación contrato ::	Día 21 Mes <del>DICIEMBRE</del> Año <del>2025</del>		

Supervisor/Jefe de Dependencia

Jefe del Área de Bienes y Servicios

18/11/25

18/11/2025

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