Formato CPptoC03

Gobernación de Nariño
¡EN DEFENSA DE LO NUESTRO!
NIT:800103923-8

REGISTRO DE COMPROMISO

Número: 2022011751

Fecha: 26/01/2022

Tercero: 98342848 **Sucursal:** 001 **Nombre:** OLIVA ENRIQUEZ FREDY DANIEL

Concepto: CONTRATO GN 1429-22 El Contratista se obliga a prestar sus servicios de apoyo a la gestión para transportar niños, niñas, adolescentes y jóvenes matriculados en los diferentes Establecimientos Educativos de los municipios no certificados del Departamento de Nariño.

CUENTA	NOMBRE	TIPO AFEC	TIPO AFEC	VALOR
2.3.2.02.02.009-22-2201-0700-2201017-2021003520228-91121-16-1.3.3.0.00	Servicios para la comunidad, sociales y personales/EDUCACIÓN/Calidad, cobertura y fortalecimiento de la educación inicial, prescolar, básica y media/INTERSUBSECTORIAL EDUCACION/Servicio de fomento para el acceso a la educación inicial, preescolar, básica y media./Fortalecimiento de las estrategias de ingreso y permanencia de estudiantes al sistema educativo en los municipios no certificados de Nariño./Servicios de la administración pública relacionados con la educación/ADMINISTRACIÓN CENTRAL/Recursos del Balance de libre destinación/RECURSOS DEL BALANCE DE LIBRE DESTINACION	DIS	2022010216	6,300,000.00

TOTAL: 6,300,000.00

CRISTHIAN AGUILAR RENDON
SUBSECRETARIO DE PRESUPUESTO

Elaboro: FERNANDAERASO

Escaneado con CamScanner

San Juan de Pasto, febrero de 2022

Doctora
VIVIANA MILENA SOLARTE SOLARTE
Secretaria de Hacienda
Departamento de Nariño
Ciudad

REF. **AUTORIZACIÓN DESCUENTO ESTAMPILLAS**

De conformidad con lo establecido en la Resolución No. 0199 de 26 junio de 2020, **AUTORIZO** el descuento del valor total de las estampillas Pro Desarrollo del Departamento 2% Pro Cultura 2% y Pro Desarrollo Universidad de Nariño 0.5%, de los pagos del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales, suscrito con el Departamento de Nariño, en la forma establecida en el Artículo primero de la resolución en mención.

Atentamente,



FREDY DANIEL OLIVA ENRIQUEZ
C de C. No. 98342848

E.P.S. INDIGENA MALLAMAS	CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN		Código: AS-FR-008 Versión: 01 Vigencia: 19/07/2018

SINFES Contributivo

COORDINACION DE AFILIACIÓN Y REGISTRO

CERTIFICA :

Que el (la) señor(a):	**OLIVA ENRIQUEZ FREDY DANIEL**
Identificación:	**CC: 98342848**
Tipo Cotizante:	
Aportante:	
Municipio:	**GUACHUCAL**
IPS Asignada:	**HOSPITAL GUACHUCAL ESE**
Estado:	**Activo**
Fecha de Afiliación:	**2021-05-01**
Regimen:	**Contributivo**
Fecha Aplicación Relación :	
Condición Discapacidad:	**N**
Tipo Discapacidad:	**NA**
Tipo Afiliación:	**SAT Res. 768 de 2018**
Nivel :	**A**
Cuota moderadora :	**$3.700**

Observación :

Dada el jueves, 19 de mayo de 2022

Cordialmente

YULY CAROLINA INGUILAN AGUIRRE

Certificación Válida 7 Días únicamente para Servicios de Salud
E.P.S INDIGENA MALLAMAS
Carrera 1N 4-56 Av Panamericana Ipiales - Colombia
PBX: 7731757 - 7738725 - 7738726
contributivo@mallamaseps.com.co

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FREDY DANIEL OLIVA ENRIQUEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **98.342.848**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 19 de Mayo del 2022.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Escaneado con CamScanner

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor FREDY DANIEL OLIVA ENRIQUEZ, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 98342848, contratista de la empresa DEPARTAMENTO DE NARIÑO, con NIT No. 800103923, tiene un registro como INDEPENDIENTE desde el 28/01/2022 y fecha fin de contrato 27/06/2022 con riesgo 4.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación, para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201015288770.

Esta certificación se expide a los 19 días del mes de Mayo de 2022.

NRS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Escaneado con CamScanner

DRA. CLAUDIA F. MOLINA MUÑOZ
NIT 36953316-2
Medicina Laboral
Licencia S.O. 1379 de 2021 TP 52110/07
Tel. 725 6079 - Cel. 316 4485 928
Carrera 6ta No 17- 16 2do piso - Ipiales
fernandamolinam81@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.624

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	05 MES	2022 AÑO	IPIALES (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	SECRETARIA DE EDUCACION DEPARTAMENTAL
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

OLIVA ENRIQUEZ FREDY DANIEL	Genero: MASCULINO	Edad: 37 AÑOS 8 MESES 1 DÍAS	Documento de Identificación: CC 98342848
Apellidos y Nombres	Teléfonos: 3155394135		Tipo / Número

Cargo
CONDUCTOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)	N/A

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : ENFASIS EN HIGIENE POSTURAL CAPACITACIÓN : EN NORMAS DE SGSST Y REPORTE DE ACCIDENTE Y ENFERMEDAD LABORAL Y NORMAS DE BIOSEGURIDAD COVID 19 OTROS : SEGÚN LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y DE ACUERDO A LA VALORACIÓN MÉDICA REALIZADA EL USUARIO NO PRESENTA COMORBILIDADES O CONDICIONES QUE LE PONEN EN RIESGO DE HACER COMPLICACIONES EN CASO DE INFECCIÓN POR COVID 19, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR 30 DE 2020, EN SU NUMERAL 4.	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

LA PRESENTE EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL QUE SE REALIZA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID 19, SE LLEVA A CABO DE FORMA INTEGRAL , TENIENDO EN CUENTA LA ENCUESTA DE SÍNTOMAS, PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS RESPIRATORIOS AGUDOS Y VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES DE PATOLOGÍAS O CONDICIONES QUE LO ENMARQUEN EN UNA POBLACIÓN DE MANEJO ESPECIAL O DE MAYOR RIESGO DE COMPLICACIÓN EN CASO DE SUFRIR LA INFECCIÓN, EN CONCORDANCIA CON LO QUE ESTABLECEN LAS RESOLUCIONES 464 Y 666 DE 2020 Y LO DEFINIDO EN LA CIRCULAR NO 30 DE 2020, DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. "CUALQUIER HALLAZGO SIGNIFICATIVO ENCONTRADO EN RELACIÓN A LA ACTUAL PROBLEMÁTICA DE SALUD PÚBLICA SE AMPLIARÁ EN EL CERTIFICADO MÉDICO, CON EL OBJETO DE DEFINIR SU ESTADO E IMPLICACIONES OCUPACIONALES. ESTA EVALUACIÓN NO GARANTIZA QUE A FUTURO EL TRABAJADOR NO PADEZCA LA ENFERMEDAD. EN CASO DE PRESENTAR ALGÚN SÍNTOMA AL RESPECTO, SERÁ PERTINENTE QUE SE LE HAGA UNA NUEVA VALORACIÓN MÉDICA EN SU ENTIDAD DE SALUD. POR TODO LO ANTERIOR SE RECOMIENDA IMPLEMENTAR LAS MEDIDAS GENERALES Y ESPECÍFICAS SEGÚN PROCESO PRODUCTIVO Y SECTOR ECONÓMICO, EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE BIOSEGURIDAD DE CADA EMPRESA Y EN ATENCIÓN A LOS LINEAMIENTOS DE AUTORIDADES COMPETENTES COMO MINISTERIOS DE TRABAJO, SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL.

ES DE VITAL IMPORTANCIA PROTEGERNOS DEL CORONAVIRUS, POR ELLO TODOS DEBEMOS:· LAVAR NUESTRAS MANOS REGULARMENTE CON ABUNDANTE AGUA Y JABÓN,

USAR TAPABOCAS CONVENCIONALES TODO EL TIEMPO EN ESPACIOS DONDE SEA IMPOSIBLE MANTENER DISTANCIAS MAYORES A 2 METROS, COMO: TRANSPORTE PÚBLICO, TAXIS, SUPERMERCADOS, BANCOS, ENTRE OTROS,

SI SE USA TRANSPORTE MASIVO USAR SIEMPRE TAPABOCAS Y LAVARSE LAS MANOS DESPUÉS DE USARLO,

EVITAR TOCARSE LA CARA, ESPECIALMENTE DESPUÉS DE TENER CONTACTO CON SUPERFICIES CONTAMINADAS O PERSONAS ENFERMA,

LIMPIAR CONSTANTEMENTE CON DESINFECTANTE LAS SUPERFICIES CON LAS QUE TENEMOS CONTACTO, MANTENER UNA DISTANCIA NO INFERIOR A UN METRO Y MEDIO CON OTRAS PERSONAS EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE: NO SALUDE DE BESO NI DE MANO Y EVITE EL CONTACTO FÍSICO.

SI TIENE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS: FIEBRE, TOS, DIFICULTAD PARA RESPIRAR, DOLOR PARA TRAGAR, NOTIFÍQUELO A SU EMPLEADOR Y SU EPS, NO VAYA A LUGARES PÚBLICOS, ES IDEAL QUE SE AÍSLE PREVENTIVAMENTE.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: MOLINA MUÑOZ CLAUDIA FERNANDA

R. M.: 52110/07 **L.S.O.:** 1379 DEL 2021

Código de Seguridad

J354P1V7624

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: OLIVA ENRIQUEZ FREDY DANIEL

CC: 98342848

San Juan de Pasto, febrero de 2022

Señores
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
Ciudad

Respetados señores:

Para efectos del artículo 50 de la Ley 789 de 2002, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no estoy obligado a realizar aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA, ya que no tiene personal a cargo laborando.

Cordialmente,



FREDY DANIEL OLIVA ENRIQUEZ
C de C. No. 98342848

spm

San Juan de Pasto, Febrero de 2022

Señores
DEPARTAMENTO DE NARIÑO
Ciudad

Asunto: COMPROMISO ANTICORRUPCIÓN

FREDY DANIEL OLIVA ENRIQUEZ, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. **98342848**, me permito manifestar que:

1. Apoyare la acción del Estado colombiano y del departamento de Nariño para fortalecer la transparencia y la rendición de cuentas de la administración pública.

2. No estoy en causal de inhabilidad alguna para celebrar el contrato para el cual presento propuesta

3. Me comprometo a no ofrecer y no dar dádivas, sobornos o cualquier forma de halago, retribuciones o prebenda a servidores públicos o asesores de la Entidad Contratante, directamente o a través de sus empleados, contratistas o tercero.

4. Me comprometo a no efectuar acuerdos, o realizar actos o conductas que tengan por objeto o efecto la utilización del contrato que puede suscribirse.

5. Me comprometo a revelar la información que sobre la ejecución contractual me soliciten los organismos de control de la República de Colombia.

6. Que en relación al origen de los fondos de este contrato a garantizar que:

    a. El origen o fuente del capital y patrimonio que invertiré en la ejecución del contrato, es propio o el resultado del pago de honorarios y desplazamientos.
    b. Dejo constancia que el capital y patrimonio que invertiré en la ejecución del contrato no proviene de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano, o en cualquier norma concordante que lo complemente, modifique o adicione.
    c. Me comprometo a NO admitir que terceros efectúen depósitos en mi cuenta como contratista del Estado con fondos provenientes de actividades ilícitas, contempladas en el Código Penal Colombiano, o en cualquier norma concordante que lo complemente, modifique o adicione.
    d. Durante la ejecución del contrato no efectuare transacciones destinadas a actividades ilícitas en favor de personas relacionadas con las mismas.
    e. Acepto que cualquier violación al presente compromiso dé lugar a la terminación del contrato.

7. Conozco las consecuencias derivadas del incumplimiento del presente compromiso anticorrupción.



FREDY DANIEL OLIVA ENRIQUEZ

C de C. No. 98342848