



Gobernación de
NARIÑO

REGISTRO DE COMPROMISO

Número: 2024050173

NIT: 800.103.923-8

Fecha: 06/05/2024
Tercero: 1089798792 **Sucursal:** 001 **Nombre:** GRANADO CAICEDO YEFERSON
Concepto: CONTRATO GN1482-2024 Prestar servicios profesionales como Ingeniero Agrónomo, para apoyar los procesos de estructuración, formulación, evaluación, seguimiento y apoyo a la supervisión de los proyectos que deban ser atendidos por esta dependencia.

CUENTA	NOMBRE	TIPO AFEC	TIPO AFEC	VALOR
2.3.2.02.02.008-17-1702-1100-1702007-2023003520050-83990-16-1.2.1.0.00	Servicios prestados a las empresas y servicios de producción /Agricultura y Desarrollo Rural/Inclusión productiva de pequeños productores rurales/Intersubsectorial agropecuario Servicio de apoyo financiero para proyectos productivos/Fortalecimiento del desarrollo pecuario, acuícola y pesquero para la vigencia 2024, del departamento de Nariño/Otros servicios profesionales, técnicos y empresariales n.c.p./Administración Central/Ingresos corrientes de Libre Destinación	DIS	2024040142	30,340,800.00

TOTAL: 30,340,800.00

CRISTHIAN AGUILAR RENDON
SUBSECRETARIO DE PRESUPUESTO

Elaboro:
MARIA FERNANDA ERASO GUERRERO

San Juan de Pasto, mayo 2024.

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 tengo a personal a mi cargo laborando.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, reading "Yeferson G". The signature is written in a cursive, flowing style.

YEFERSON GRANADO CAICEDO

C.C No. 1.089.798.792 expedida en El Charco (N)

San Juan de Pasto, mayo de 2024.

Doctor

VICENTE MENZA VALLEJO

Secretaría de Hacienda

Gobernación de Nariño

Ciudad

Ref.: Autorización descuento de estampillas.

De conformidad con lo establecido en la Resolución No. 0199 de 26 de 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 **No. 1482**, suscrito con el Departamento de Nariño, en la forma establecida en el Artículo primero de la resolución en mención.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yeferson G'.

YEFERSON GRANADO CAICEDO

C.C No. 1.089.798.792 expedida en El Charco (N)

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS EPS Asmet Salud Movilidad Régimen Contributivo

La EPS Asmet Salud, CERTIFICA que el afiliado relacionado a continuación, presenta la siguiente información a la fecha de su expedición:

Tipo y Número de identificación:	CC 1089798792
Apellidos:	GRANADO CAICEDO
Nombres:	YEFERSON
Tipo de discapacidad:	Ninguna
Plan de salud:	Movilidad Régimen Contributivo
Tipo de afiliado:	Cotizante
Tipo de trabajador:	Independiente
Estado de servicio:	Vigente
Fecha de Afiliación:	22/01/2024
Departamento de Afiliación:	NARIÑO
Municipio de Afiliación:	EL CHARCO
Zona:	Rural

IPS de atención de primer nivel

IPS	Dirección	Servicio
Hospital Sagrado Corazón de Jesús Empresa Social del Estado de El Charco	KR. 2 - CL. 12 ESQ.	MEDICINA GENERAL

Tiene derecho a recibir los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud.
Válida únicamente para comprobación de derechos de la red prestadora, en la fecha de expedición. No es válido para aclarar multifiliación ni para traslados (Decreto 806 Artículo 55 y 56).

Señores Prestadores: Esta certificación es válida únicamente para corroborar el estado del afiliado en el momento de la prestación del servicio, de la población contratada y remitida periódicamente por la institución según normatividad. En ningún momento esta certificación puede ser empleada para reemplazar las autorizaciones necesarias para la prestación de servicios en los niveles superiores de complejidad

En constancia se firma el 20 de Mayo de 2024 a solicitud del interesado.

Coordinación Base de Datos Asmet Salud

Toda certificación generada es almacenada en base de datos para su verificación, la modificación parcial o total de este documento puede incurrir en un delito.

www.asmet-salud.org.co

SERVICIO DE ATENCIÓN GRATUITO
018000913876

Sede Nacional: Cra. 4 No. 18N-46
Teléfono: (57) (2) 8312000
Popayán - Colombia

**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:

YEFERSON GRANADO CAICEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.089.798.792**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Mayo del 2024.

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.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **YEFERSON GRANADO CAICEDO** identificado con **CC No. 1089798792**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
DEPARTAMENTO DE NARIÑO - N. 800103923	Fecha de inicio de cobertura: 08/05/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 06/05/2024 Fecha fin de Contrato: 31/12/2024 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 3

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 o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401015106380.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 7 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

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



N° 3.586

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL					
30	11	2021	TUMACO (NARIÑO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO					
DÍA	MES	AÑO	Ciudad						
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE									
PARTICULARES CONTADO				CORPONARIÑO					
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)									
GRANADO CAICEDO YEFERSON				Genero		Edad		Documento de Identificación	
				MASCULINO		34 AÑOS 10 MESES 9 DÍAS		CC 1089798792	
Apellidos y Nombres				Teléfonos		Tipo		Número	
Cargos									
PROFESIONAL UNIVERSITARIO									
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL									
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)									
Observaciones: NO APLICA									
NO SE EVALUARÁN 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			
				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL		CONTROL DE PESO			
						HACER DEPORTE			
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES									
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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.									
Médico				Aspirante o Trabajador					
Firma: 				Firma: 					
Nombre: CORTES GOMEZ YOVANA IVON				Nombre: GRANADO CAICEDO YEFERSON					
R. M.: 2592/2009 L.S.O.: 1766/2014				CC: 1089798792					