



Gobernación de
NARIÑO

REGISTRO DE COMPROMISO

Número: 2025030151

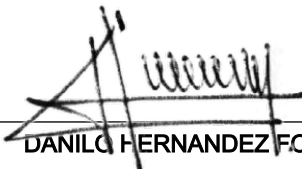
NIT: 800.103.923-8

Fecha: 05/03/2025 **Nombre:** MERA RAMOS ANDRES FERNANDO

Tercero: 1004131715 **Sucursal:** 001

Concepto: Contrato GN1263-2025 Prestar Servicios Profesionales en la Secretaria de Agricultura y Desarrollo Rural del Departamento de Nariño, para brindar apoyo jurídico especializado, frente a los trámites relacionados en situaciones y/o acciones administrativas y constitucionales, además, acompañar jurídicamente en los procesos de contratación y asesoría legal que requiera la dependencia.

CUENTA	NOMBRE	TIPO AFEC	TIPO AFEC	VALOR
2.3.2.02.02.009-17-1702-1100-1702007-2024003520097-91199-16-1.2.1.0.00	Fortalecimiento de los sistemas de producción agrícola y pecuaria sostenibles y diversificación productiva en el departamento de Nariño/Otros servicios administrativos del gobierno n.c.p./Administración Central/Ingresos Corrientes de libre destinación	DIS	2025030043	44,100,000.00
TOTAL:				44,100,000.00


DANILO HERNANDEZ FOLLECO

SUBSECRETARIO DE PRESUPUESTO (E)

Elaboro:


CARLOS WILSON RIOBAMBA IPIALES

San Juan de Pasto, marzo de 2025

Doctor
CRISTIAN AGUILAR RENDON
Secretario de Hacienda (E)
Gobernación de Nariño
Ciudad

Ref. **SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DESCUENTO ESTAMPILLAS**

De manera respetuosa, solicito se autorice la aplicación del parágrafo único del artículo 238 del Estatuto Tributario Departamental, teniendo en cuenta la vigencia del mismo.

Por tal motivo, de atenderse positivamente 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. GN1263-2025, suscrito con el Departamento de Nariño, en la forma establecida en la pre citada norma tributaria.

Con el pleno conocimiento que este tributo es de causación instantánea, contemplado en el artículo 237 de la ya mencionada norma, en el efecto de que en el término de ejecución del contrato no se pueda cubrir su causación con el primer pago, autorizo se realice con la cuenta siguiente, para lo cual si se genera interés por este concepto en los términos de la circular SH017 del 22-10-2024, permito que se realice también este descuento.

Cordialmente,



ANDRES FERNANDO MERA RAMOS

C.C. No. 1.004.131.715 de Pasto (N)



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) ANDRES FERNANDO MERA RAMOS identificado(a) con CC 1004131715 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	31/01/2024
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CLINICA CARDIOQUIRURGICA DE NARIÑO SEDE PRAGA
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 26 días del mes de marzo del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

**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:

ANDRES FERNANDO MERA RAMOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.131.715**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 26 de Marzo del 2025.

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, **ANDRES FERNANDO MERA RAMOS** identificado con **CC No. 1004131715**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
DEPARTAMENTO DE NARIÑO - NI. 800103923	Fecha de inicio de cobertura: 27/03/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 05/03/2025 Fecha fin de Contrato: 31/12/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1

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 prórroga 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): 202501013644051.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de marzo de 2025.

Cordialmente,

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

Positiva Compañía de Seguros S.A:
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

San Juan de Pasto, marzo de 2025

Señores

DEPARTAMENTO DE NARIÑO

Ciudad

Asunto: COMPROMISO ANTICORRUPCION

Yo, **ANDRES FENRANDO MERA RAMOS**, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.004.131.715** de **PASTO**, 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.
 - 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.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andres Fenrando Mera Ramos', with a large, stylized initial 'A'.

ANDRÉS FENRANDO MERA RAMOS
C.C. No. 1.004.131.715 DE PASTO

San Juan de Pasto, marzo de 2025.

Señores

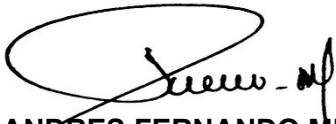
DEPARTAMENTO DE NARIÑO

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, appearing to read 'Andres - Mera', enclosed within a large, loopy oval shape.

ANDRES FERNANDO MERA RAMOS

C.C No. 1.004.131.715 expedida en Pasto (N)



**INFORME MEDICO OCUPACIONAL DE APTITUD
EXAMEN OCUPACIONAL CONDICIONES DE INGRESO**

FECHA: 10 DE MAYO DE 2024

DATOS DEL PACIENTE:

Nombre:	ANDRES FERNANDO MERA RAMOS				
Edad:	32 AÑOS	Cedula de Ciudadanía:	1.004.131.715		
Dirección de la Vivienda.	CRA 44 No. 18 A 44 EDIFICIO PORTAL DE ATURES/ PANDIACO	Teléfono de Contacto:	3103507798		
EPS:	NUEVA EPS	ARL:	POSITIVA	AFP:	PORVENIR

DATOS DE LA EMPRESA:

Nombre de la Empresa:	GOBERNACIÓN DE NARIÑO
Cargo:	Abogado

PESO:	70.6 KG			TALLA:	1.68 Mt.			IMC:	25
EXÁMENES	RESULTADOS			EXÁMENES	RESULTADOS				
Físico	Normal	X		Visiometría	Normal	X			
	Anormal				Anormal				
Valoración columna	Normal	X		Audiometría	Normal	X			
	Anormal				Anormal				
Vértigo	Normal		Ausente	Optometría	Normal	X			
	Anormal				Anormal				

LABORATORIOS CLINICOS: No aplica.

CONCEPTO: Apto para el requerimiento del cargo de la empresa.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES: Realizar pausas activas, Usar los elementos de protección personal correspondientes.

RESTRICCIONES: Ninguna.

OBSERVACIONES: Cumplir con las normas de seguridad y salud en el trabajo, Capacitar en ergonomía, Higiene postural, pausas activas.

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual	X	Psicológico	
Auditivo		Respiratorio	
Ergonómico	X	Biológico	
Cardiovascular			

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: Autorizo a la doctora abajo mencionada realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. La doctora abajo mencionada 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 medico 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 a la doctora para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente la información entregada 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 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.

REMISIÓN

ARL	SI		NO	X
EPS	SI		NO	X

Dra. Carolina Garcés Benavides
MÉDICA ESPECIALISTA
EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD
Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC. 606-2022

DRA. CAROLINAGARCÉS BENAVIDES
ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
LIC.O CUP 606-2022

Andrés Fernando Mera Ramos

ANDRES FERNANDO MERA RAMOS
CC: 1.004.131.715