Formato CPptoC03

Gobernación de NARIÑO

NIT: 800.103.923-8

REGISTRO DE COMPROMISO

Número: 2025050136

Fecha: 06/05/2025 **Nombre:** ORTIZ MUÑOZ JOSE FERNANDO

Tercero: 1085305430 **Sucursal:** 001

Concepto: Contrato GN2742-2025 Objeto del contrato Prestación de servicios profesionales en Ingeniería eléctrica, con el fin de apoyar y brindar asistencia técnica al ejercicio de las competencias legales y reglamentarias que el departamento de Nariño ejerce a través de la Subsecretaría de Minas, adscrita a la Secretaría de Infraestructura y Minas.

CUENTA	NOMBRE	TIPO AFEC	TIPO AFEC	VALOR
2.3.2.02.02.009-21-2104-1900-2104013-2024003520075-91199-16-1.2.1.0.00	Fortalecimiento al sector Minas y Energía para la vigencia 2025 del departamento de Nariño/Otros servicios administrativos del gobierno n.c.p./Administración Central/Ingresos Corrientes de libre destinación	DIS	2025040335	15,928,920.00

TOTAL: 15,928,920.00

CRISTHIAN AGUILAR RENDON
SUBSECRETARIO DE PRESUPUESTO

Elaboro: CARLOS JULIAN BUCHELI APRAEZ

San Juan de Pasto, mayo de 2025

Doctor
CRISTHIAN AGUILAR RENDÓN
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. GN2742-2025, 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,



JOSÉ FERNANDO ORTIZ MUÑOZ
C.C. No. 1.085.305.430 expedida en Pasto (Nariño)

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Jose Fernando Ortiz Muñoz, identificado(a) con CC número 1085305430, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1085305430
NOMBRES Y APELLIDOS	Jose Fernando Ortiz Muñoz
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	15/06/1993
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/05/2021
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/07/2022
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1085305430 JOSE FERNANDO ORTIZ MUÑOZ Desde 10/12/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1085305430 JOSE FERNANDO ORTIZ MUÑOZ Desde 01/04/2024 Hasta 31/07/2024CEDULA DE CIUDADANIA 1085305430 Trabajador Independiente Desde 01/02/2024 Hasta 31/03/2024CEDULA DE CIUDADANIA 1085305430 JOSE FERNANDO ORTIZ MUÑOZ Desde 01/03/2024 Hasta 31/03/2024

Generado por interfaces 05/06/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

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:

JOSE FERNANDO ORTIZ MUÑOZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.305.430**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Junio 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.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

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, **JOSE FERNANDO ORTIZ MUÑOZ** identificado con **CC** No. **1085305430**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
DEPARTAMENTO DE NARIÑO - NI. 800103923	**Fecha de inicio de cobertura:** 05/06/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 06/05/2025 **Fecha fin de Contrato:** 31/08/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 5

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): 20250101646482.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de junio de 2025.

Cordialmente,

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

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

San Juan de Pasto, mayo de 2025.

Señores:
GOBERNACIÓN 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 personal a cargo laborando.

Cordialmente,



JOSÉ FERNANDO ORTIZ MUÑOZ
C.C. No. 1.085.305.430 expedida en Pasto (Nariño)

IPS BIENESTAR LABORAL S.A.S
SERVICIO EN MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

IPS BIENESTAR LABORAL SAS
Nit: 901131702-2
Licencia Salud Ocupacional 1874-2018
calle 21 30-23 Las Cuadras, Pasto - Nariño
Teléfonos: 3006635440 - 3004910097
Correo electrónico: ipsbienestar19@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1,204

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
16 DÍA	**10** MES	**2024** AÑO	**PASTO (NARIÑO, COLOMBIA)** Ciudad	**EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR**

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

Nombre de la empresa	**Empresa en misión**
JOSE FERNANDO ORTIZ MUÑOZ	**JOSE FERNANDO ORTIZ MUÑOZ**

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
JOSE FERNANDO ORTIZ MUÑOZ	MASCULINO	31 AÑOS 3 MESES 16 DÍAS	CC (Tipo)	1085305430 (Número)

Cargo
INGENIERO ELECTRICISTA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE PARA EL CARGO DE LA EMPRESA

Observaciones: *NO APLICA*

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

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 ✓	TAMIZAJE VISUAL ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR:

- SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, CUMPLIR NORMAS DEL SISTEMA DE GESTIÓN SST, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DEL RIESGO, CAPACITAR EN ERGONOMÍA E HIGIENE POSTURAL, CAPACITAR EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES.
- ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS, LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS, SE SUGIERE AUTOCUIDADO FRENTE AL SARS COV 2.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA:

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LAOCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN QUE LA EMPRESA LESUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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: DIAZ CORDOBA FLOR CATHERINE

R. M.: 1087959721 **L.S.O.:** 2452-2021

Código de Seguridad
C1097I1O17637

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: ORTIZ MUÑOZ JOSE FERNANDO

CC: 1085305430