Formato CPptoC03

Gobernación de NARIÑO

NIT: 800.103.923-8

REGISTRO DE COMPROMISO

Número: 2026011250

Fecha: 20/01/2026 **Nombre:** MENDOZA QUIÑONES JANIETH FERNANDA

Tercero: 53166252 **Sucursal:** 001

Concepto: CONTRATO GN0880-2026 La contratista prestará sus servicios profesionales como fisioterapeuta en la Secretaría de Recreación y Deporte del departamento de Nariño para el equipo de ciencias aplicadas al deporte asociado y demás aspectos propios de su perfil que deban ser atendidos por esta dependencia.

CUENTA	NOMBRE	TIPO AFEC	TIPO AFEC	VALOR
2.3.2.02.02.009-43-4302-4302003-202500000037110-91199-16-1.2.3.1.18	Desarrollo deportivo y competitivo mediante el fortalecimiento del deporte asociado con recursos de tasa pro deporte para la vigencia 2026 en el departamento de Nariño/Otros servicios administrativos del gobierno n.c.p./Administración central/Tasa Prodeporte y recreación	DIS	2026010650	26,460,000.00

TOTAL: 26,460,000.00

CRISTHIAN AGUILAR RENDON
SUBSECRETARIO DE PRESUPUESTO

Elaboro: MARIA FERNANDA ERASO GUERRERO

San Juan de Pasto, febrero de 2026.

Doctor,
RICARDO HERIBERTO GUEVARA APRÁEZ
Secretario de Hacienda
Gobernación de Nariño
Ciudad

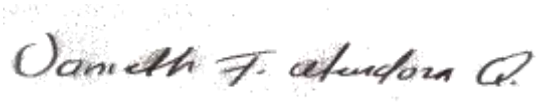
Ref. **SOLICITUD Y AUTORIZACIÓN DESCUENTO ESTAMPILLAS**

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.GN0880-2026, 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,



JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES
Cedula 53.166.252 de Bogotá (D.C.)

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES identificado(a) con Cedula Ciudadania 53166252, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180307	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 9 días del mes de Febrero de 2.026

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
31046107

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **53166252,** se encuentra afiliado/a desde **01/01/2017** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de febrero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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, **JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES** identificado(a) con **CC** No **53166252,** registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
NIT 800103923 DEPARTAMENTO DE NARIÑO	**Fecha de inicio de cobertura: 30/01/2026** **Estado Afiliación: ACTIVO** **Fecha de inicio de Contrato: 20/01/2026** **Fecha fin de Contrato: 19/07/2026** **Tipo Vinculación: 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 para continuar con la cobertura.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de enero de 2026.

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

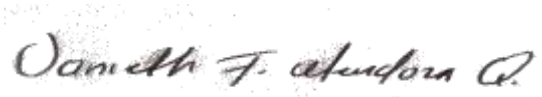
San Juan de Pasto, febrero de 2026

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 personal a cargo laborando.

Cordialmente,



JANIETH FERNANDA MENDOZA QUIÑONES
Cedula 53.166.252 de Bogotá (D.C.)

Soluintegral SAC SAS
NIT: 90720154-1
Dir: Carrera 3bis 15AN - 12
Centro de Especialistas Valle de Pubenza consultorio 101
Popayán, Cauca
Cel: 312 632 7097 - 301 236 6771
E-mail: soluintegralemo@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 15.151

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	POPAYÁN (CAUCA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PARTICULARES CONTADO	PARTICULARES

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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	Género	Edad	Documento de Identificación	
MENDOZA QUIÑONES JANIETH FERNANDA	FEMENINO	40 AÑOS 8 MESES 1 DÍAS	CC (Tipo)	53166252 (Número)

Cargo: **FISIOTERAPEUTA**

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIONES

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 ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP : SEGÚN MATRIZ DE RIESGOS	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : CADA 2 HORAS POR 5 MINUTOS	CONTROL DE PESO
	CAPACITACIÓN : EN SST	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-SE DEJA CONSTANCIA EN HISTORIA CLINICA DE LAS CONDICIONES DE SALUD REFERIDAS POR LA PACIENTE
-SIN ALTERACIONES A LA VALORACION QUE LIMITE EL INGRESO A SU LABOR, PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES DEL CARGO SIN RESTRICCIONES
-SE DAN RECOMENDACIONES SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, AUTOCUIDADO TANTO LABORAL COMO EXTRALABORAL.
-SE INDICA MANTENER INFORMADO AL AREA DE TALENTO HUMANO SOBRE SU ESTADO DE SALUD.

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

Jeraldy Cabrera Ortiz
Médico
Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Licencia 9877- 10-2023

Firma:

Nombre: CC: 1061721438 - JERALDY CABRERA

R. M.: 1061721438 **L.S.O.:** 09877/2023

Código de Seguridad
M1003S1Y15151

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MENDOZA QUIÑONES JANIETH FERNANDA

CC: 53166252