No. GS-2026- 084192 - UPRES-JEFAT-29.25

Ciudad y Fecha: San Juan de Pasto, 27 de ABRIL del 2026

Coronel HERNANDO ALFREDO CALDERON VEGA
Comandante Policía Metropolitana San Juan de Pasto
Pasto.

ASUNTO: Informe de supervisión del contrato No. 94-7-20003-26

TIPO DE INFORME

PERIÓDICO_X_ O FINAL ____

Periodo del informe de supervisión

Desde	**27/03/2025**	**Hasta**	**26/04/2026**

En cumplimiento a los artículos 83 y 84 de la Ley 1474 de 2011 "*Por la cual se dictan normas orientadas a fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción y la efectividad del control de la gestión pública*", así como de la Resolución No.03049 del 30 de julio del 2014 "*Por la cual se adopta el Manual de Contratación de la Policía Nacional*", Resolución No. 00090 del 15/01/2018, "*Por la cual se actualiza, modifica y complementa el Manual de Contratación de la Policía Nacional adoptado mediante Resolución No. 03049 de 2014"*, y la *"Guía para el ejercicio de las funciones de Supervisión e Interventoría de los contratos del Estado*" expedida por Colombia Compra Eficiente, o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan, sin perjuicio de las funciones establecidas contractualmente y aquellas inherentes a la naturaleza del ejercicio de la supervisión, me permito presentar el correspondiente informe del contrato u orden de compra del asunto a través del cual se detalla, el seguimiento y el grado de cumplimiento de las obligaciones establecidas en el respectivo contrato u orden, así:

INFORMACIÓN GENERAL:

- Mediante comunicación oficial No. GS-2026-062144-DENAR de fecha 27/03/2026, el señor coronel HERNANDO ALFREDO CALDERON VEGA, obrando en calidad de comandante Policía Metropolitana San Juan de Pasto, nombró como supervisor del contrato al señor TS-26 OSCAR USAMA CUASPA

- **Periodicidad establecida para la entrega del informe de supervisión:** MENSUAL.
- **No. de informes de supervisión presentados y publicados en SECOP II: 1**

NO.	RADICADO GEPOL	FECHA DE PRESENTACION	PERIODO REPORTADO
1	GS-2026-062293-DENAR	27-03-2026	MARZO

Información del contrato u orden de compra

Contrato No. / Orden de compra No.	**94-7-20003-26**
Objeto del Contrato /	**PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION COMO PROFECIONAL UNIVETRSITARIO MÉDICO GENERAL PARA LA**

instrumento de agregación de la orden de compra	**ATENCION A LOS USUARIOS DE LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD ESPRI PALERMO**
Contratista	**JUAN JOSE MARTINEZ NARVAEZ**
Representante legal	**JUAN JOSE MARTINEZ NARVAEZ**
Valor inicial del contrato u orden de compra	**VEINTIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS DIECISÉIS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS ($ 28.416.960.,00)**
Valor adiciones del contrato u orden de compra	**N/A**
Valor total del contrato u orden de compra	**VEINTIOCHO MILLONES CUATROCIENTOS DIECISÉIS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS ($ 28.416.960.,00)**
Plazo de ejecución inicial	**SEIS (6) MESES,**
Fecha de inicio del plazo de ejecución del contrato u orden de compra	**27/02/2026**
Fecha de terminación del plazo de ejecución del contrato u orden de compra (pactada inicialmente)	**27/08/2026**
Fecha de inicio del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	**N/A**
Fecha de terminación del plazo de ejecución de la(s) adición(es)	**N/A**
Adiciones	**N/A**
Modificatorios	**N/A**
Prorrogas	**N/A**
Otros	**N/A**

1. DESARROLLO DE LA SUPERVISIÓN AL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA

1.1 Acciones adelantadas:

2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

CUMPLIMIENTO OBLIGACIONES LEGALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA LEGALES	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
cumplir cabalmente con sus obligaciones, frente al sistema de seguridad social, parafiscales, (cajas de compensación familiar, SENA e ICBF) …	SI	Planilla N0. **6016683817**

CUMPLIMIENTO ESPECIFICACIONES TÉCNICAS

ESPECIFICACIONES TÉCNICAS MÍNIMAS	CUMPLIÓ	OBSERVACIONES
DE CARÁCTER TÉCNICO: (transcribir las establecidas en el anexo de especificaciones técnicas del contrato u orden de compra)		
1. PRESTAR EN FORMA OPORTUNA LOS SERVICIOS OFERTADOS Y SEGÚN HORARIO DE ATENCIÒN ESTIPULADO Y EN CUMPLIMIENTO A LA AGENDA QUE CADA PROFESIONAL PASA AL GRUPO PRESTADOR DE ATENCIONES EN SALUD, el cual debe ser bajo los principios de eficiencia, calidad, oportunidad, universalidad y solidaridad, por 6 horas diarias por un tiempo no inferior a 33 horas semanales y 143 al mes, según Resolución 125 del 08 de abril de 2020.	SI	Frente a esta condición la contratista anexa macro agenda del mes de abril
2. PRESENTAR LA CUENTA DE COBRO CORRESPONDIENTE AL MES CAUSADO, EL 25 DE CADA MES AL SUPERVISOR DEL CONTRATO de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD y anexando LA PLANILLA DE PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE AFILIACIÓN A UNA ARL.	SI	La contratista Anexa cuenta de cobro del mes de abril y planilla de pago de aportes parafiscales.
3. El CONTRATISTA deberá cargar las respectivas cuentas de cobro en el SECOP II	SI	Se verifica en la plataforma SECOP II el cargue del documento equivalente (cuenta de cobro).

1.1 NOVEDADES, SITUACIONES ANORMALES O DE RELEVANCIA

Durante el desarrollo del presente contrato a la fecha no se han presentado situaciones anormales o de relevancia que afecten la ejecución del contrato

3 AVANCE DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO U ORDEN DE COMPRA:

A la fecha de corte del presente informe de supervisión han transcurrido (60) días calendario desde que inició el plazo de ejecución del contrato u orden de compra, restando (120) días calendario para que finalice el plazo de ejecución.

4 TRÁMITES Y VERIFICACIÓN DE PAGOS:

El pago del presente contrato se realizara dentro de los primeros 15 días hábiles de cada mes, una vez presentado el recibo de pago y la planilla de pago de aportes de salud, pensión y ARL, certificación de cumplimiento expedida por el supervisor, informe de actividades, junto con los documentos requeridos de acuerdo al derecho a turno y la programación del Plan Anual de caja (PAC), se efectuaran en MENSUALIDADES por un valor **CUATRO MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y SEIS MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS MDC ($ 4.736.160,00), de acuerdo a la Resolución N° 194 del 14/05/2024** de la Dirección de Sanidad de la Policía Nacional

El valor de este contrato de conformidad con honorarios corresponde a servicios prestados a la **DIRECCION DE SANIDAD-REGIONAL DE ASEGURAMEINTO EN SALUD N°4** por un tiempo no inferior a 44 **HORAS SEMANALES** y **190 HORAS MENSUALES**; EL CONTRATISTA informa que, para efectos del pago de los honorarios mensuales devengados del contrato.

Los pagos se harán a la siguiente cuenta:

NOMBRE BENEFICIARIO: JUAN JOSE MARTINEZ NARVAEZ

BANCO: BANCOLOMBIA

TIPO DE CUENTA: AHORROS

NUMERO DE CUENTA: 91235948325

OFICINA: PASTO

4.1. Ejecución Financiera y Pagos:

a. Balance general de pagos y entregas

	Valor en pesos	% del valor del contrato u orden de compra
Valor total del contrato u orden de compra	**$28.416.960,00**	**100%**
Valor total de las entregas	**$9.472.320,00**	**33%**
Valor total facturado	**$9.472.320,00**	**33%**
Valor facturado pendiente de pago	**$ 4.736.160,00**	**17%**
Valor pagado	**$ 4.736.160,00**	**17%**
Valor pendiente de entrega	**$18.944.640,00**	**67%**

b. Detalle de las entregas, valores facturados y pagos efectuados en el periodo informado (la supervisión deberá relacionar de manera discriminada lo correspondiente a la ejecución del contrato u orden de compra **únicamente del periodo que está informando**)

No. de acta o constancia de recibido	Valor recibido	Fecha de recibido	Valor facturado	No. factura	Valor pagado	Valor deducciones	No. orden de pago
NA	0	27-03-2026	**$ 4.736.160,00**	1	**$ 4.736.160,00**	0	NA
NA	0	27-04-2026	**$ 4.736.160,00**	2	0	0	NA

4.2 Entrada de Bienes *(verificar que los bienes hayan ingresado a los estados contables, si aplica)*

5 RECOMENDACIONES

Para la ejecución del contrato se puede observar que el contratista ha cumplido cabalmente con las condiciones técnicas, económicas y jurídicas pactadas en el contrato, así mismo durante el desarrollo de la ejecución no se han presentado situaciones de relevancia que afecten el cumplimiento del objeto contratado. Es de precisar que el contratista ha sido resolutivo en los requerimientos que se han hacho al contratista frente a la prestación del servicio.

6 CONCLUSIONES

El supervisor, deberá marcar con una (x) las casillas según corresponda al periodo entregado, con el fin de que la administración tenga claridad frente al cumplimiento o no del contratista. El no diligenciamiento será causal de la devolución del respectivo informe de supervisión.

El contratista cumplió con lo establecido en las cláusulas contractuales	**SI _X_**	Certifico con la firma del presente informe, que el contratista cumplió con las cláusulas y especificaciones técnicas del contrato, en la fecha o fechas establecidas, para lo cual relaciono y anexo los documentos soportes (técnicos obligatorios establecidos en las especificaciones técnicas, incluyendo las ambientales, de seguridad y salud en el trabajo y otros).
	NO___	En caso de incumplimiento parcial o total del contrato, se informó mediante comunicación oficial No. _____ Del _____, dirigida al ordenador del gasto, las obligaciones incumplidas.

Atentamente,



Firma_____

Intendente **OSCAR WILFREDO USAMA CUASPA**
Apoyo Archivo UPRES DENAR
Supervisor Contrato (E). No. 94-7-20003-26
Correo electrónico: oscar.usama@correo.policia.gov.co
No. Celular: 3156040701

Anexo: Recibido a satisfacción, cuenta de cobro, parafiscales

Ciudad y fecha:	27 DE ABRIL DEL 2026
Unidad:	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO
Tipo de contrato	**Tipo de contrato** / **Marque el tipo de contrato** Orden de compra Contrato de obra Contrato de consultoría Contrato de prestación de servicios: X Contrato de compraventa Contrato de suministro Contrato interadministrativo
Contrato /aceptación de oferta u orden de compra No.	Contrato No 94-7-20003-26
Constancia de recibido No.	02
Contratista:	**JUAN JOSE MARTINEZ NARVAEZ**
NIT del contratista:	1.086.364.066
Objeto del contrato o aceptación de oferta:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO A LA GESTION COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO ADMINISTRATIVO – MEDICO GENERAL POR SEIS (6) HORAS PARA LA UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO.
Instrumento de agregación y número del Acuerdo Marco de Precios (aplica sólo para órdenes de compra):	NO APLICA
Valor del contrato / aceptación de oferta u orden de compra:	VEINTIOCHO MILLONES CUATROCIENTOSDIECISEIS MIL NOVECIENTOS SESENTA PESOS M/CTE ($28.416.960)
Plazo de ejecución:	27 DE FEBRERO A 27 DE AGOSTO DE 2026
Fecha de vencimiento (aplica solo para órdenes de compra)	NO APLICA
Lugar de ejecución y/o entrega	UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO
Incumplimiento del plazo de ejecución SI___NO_X_	No presenta incumplimientos.
Nombre del supervisor/coordinador del contrato y cargo que desempeña:	TA_26 OSCAR USAMA CUASPA Supervisor de Contrato
Fecha de entrega certificada:	Desde el 27 de Marzo hasta el 27 de Abril de 2026

Valor que se está certificando con la presente constancia de recibido de la vigencia 2026	

Unidad	Recurso	Descripción del bien o servicios recibidos	Valor recibido	Valor Facturado	Valor amortizar y/o descontar	Valor a pagar
Upres Nariño	16	Contador Público	$4.736.160	$4.736.160	0	$4.736.160

Acta de recepción de bienes	NO APLICA

No. factura	Fecha factura	Valor factura	Nota crédito o débito	Valor neto
Cuenta de cobro No 02	27 de ABRIL 2026	$4.736.160	$0	$4.736.160
Valor total bienes y/o servicios recibidos		$4.736.160	$0	$4.736.160

CONCEPTO DE CUMPLIMIENTO: Por medio de la presente constancia de recibo a satisfacción y en mi condición de supervisor acredito el cumplimiento de las obligaciones del contratista y certifico que los servicios relacionados cumplen con las especificaciones técnicas contratadas.

No	Obligación Contractual o especificación técnica	CUMPLIO Si__ No___	Observaciones y Evidencias
1	Prestar los servicios durante el plazo de ejecución del contrato, en las instalaciones de la Unidad Prestadora de Salud Nariño de la Policia Nacional de acuerdo a los términos de referencia, los cuales hacen parte integral del presente documento.	SI	Macro Agenda
2	PRESTAR EN FORMA OPORTUNA LOS SERVICIOS OFERTADOS Y SEGÚN HORARIO DE ATENCIÒN ESTIPULADO Y EN CUMPLIMIENTO A LA AGENDA QUE CADA PROFESIONAL PASA AL GRUPO PRESTADOR DE ATENCIONES EN SALUD, el cual debe ser bajo los principios de eficiencia, calidad, oportunidad, universalidad y solidaridad, por 6 horas diarias por un tiempo no inferior a 33 horas semanales y 143 al mes, Resolución 125 del 08 de abril de 2020.	SI	Macro Agenda
3	PRESENTAR LA CUENTA DE COBRO CORRESPONDIENTE AL MES CAUSADO, EL 25 DE CADA MES AL SUPERVISOR DEL CONTRATO de la Unidad Prestadora de Salud Nariño, EN LOS FORMATOS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD y anexando LA PLANILLA DE PAGO DE LOS APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE AFILIACIÓN A UNA ARL.	SI	Cuenta de cobro y planilla de aportes parafiscales
4	Presentar el documento de afiliación al Sistema General de Riesgos Laborales, indicando la clasificación de riesgo, de conformidad con lo señalado en el artículo 2 de la ley 1562 de 2012.	SI	Oficio de afiliación

TA_26 OSCAR USAMA CUASPA
Supervisor de Contrato

PASTO NARIÑO 27/04/2026

Señores:

Policia Metropolitana San Juan de Pasto Unidad Prestadora
Salud Nariño

Ciudad

Respetados señores;

JUAN JOSE MARTINEZ NARVAEZ en mi calidad de contratista identificado con cédula de ciudadanía CC 1.086.364.066 expedida en El Tambo-Nariño para los efectos previstos en el Artículo 4, Parágrafo 1°del Decreto 2271 de 2009, certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riesgos Profesionales de acuerdo a los porcentajes establecidos por las normas vigentes (12,5% salud, 16% pensión y riesgos profesionales para asistenciales del 2,436% sobre una base de cotización del 40% de los honorarios mensuales percibidos, corresponden a los ingresos
provenientes del contrato No 94-7-20003-26 con la Unidad Prestadora de Salud Nariño

VALOR A COTIZAR		VALOR COTIZADO SEGÚN LIQUIDACION PLANILLA	6016683817
HONORARIOS MENSUALES	4.736.160		
BASE COTIZACION 40%	1.894.464		
APORTE SALUD 12,5%	236.808	237.600	
APORTE PENSION 16%	303.114	304.100	
APORTE RIESGOS PROFESIONALES			
ASISTENCIALES 2,436%	46.149	46.400	

Cordialmente,

JUAN JOSE MARTINEZ NARVAEZ
CC 1.086.364.066 expedida en El Tambo Nariño

CUENTA DE COBRO N° 02

San Juan de Pasto, 27 de ABRIL del 2026

LA POLICIA METROPOLITANA DE PASTO
UNIDAD PRESTADORA DE SALUD NARIÑO

DEBE A:

JUAN JOSE MARTINEZ NARVAEZ identificado con cédula de ciudadanía No. 1.086.364.066 expedida en El Tambo - Nariño, la suma de $4.736.160 por concepto de las actividades desempeñadas desde el 27 de Marzo al 27 de Abril 2026, de acuerdo al objeto y obligaciones pactadas en el contrato de prestación de servicios No. 94-7-20003-26 suscrito con la Dirección de Sanidad para prestar mis servicios como MEDICO GENERAL.

Favor consignar en la cuenta de ahorros N° 91235948325 de BANCOLOMBIA S.A, de acuerdo al contrato estipulado.

Atentamente,

JUAN JOSE MARTINEZ NARVAEZ
CC. No. 1.086.364.066 expedida en El Tambo - Nariño
Cel. No. 321-691-3043

INFORME DE ACTIVIDAD MENSUAL
MES DE ABRIL DEL AÑO 2026

Prestación de servicios profesionales como médico general en el programa de consulta externa y consulta externa prioritaria, como prestación de servicios para la unidad prestadora de salud Nariño, servicio con de oportunidad, eficiencia y eficacia.
Con una duración de 6 horas diarias y 143 horas mensuales

1. Consulta externa de medicina general con un total de 126 horas mensuales
2. Consulta externa prioritaria de medicina general con un total de 17 horas mensuales
3. Atención de pacientes con control de paraclínicos
4. Atención de pacientes para reformulación de medicamentos enviados por red de crónicos
5. Atención oportuna a pacientes en todos los ciclos de edad: primera infancia, infancia, adolescencia, adultez y vejez

JUAN JOSE MARTINEZ NARVAEZ

MEDICO GENERAL
RM 1086364066

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACION:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1086364066
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN JOSE MARTINEZ NARVAEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	EL TAMBO	DEPARTAMENTO:	NARIÑO
DIRECCION:	CARRERA 10 #3-66 B. COLON	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica, sin internació
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	6016683817		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES marzo AÑO 2026		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO	2026
DIAS DE MORA:	4				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/21		NUMERO AUTORIZACIÓN:		242457544

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR	1	$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 900	$ 0	$ 303.200	$ 900	$ 304.100	
SUBTOTALES:										$ 303.200	$ 900	$ 304.100	

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 236.900	$ 0	$ 700	$ 0	$ 236.900	$ 700	$ 0	$ 237.600	
SUBTOTALES:													$ 236.900	$ 700	$ 0	$ 237.600	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NUMERO AUTORIZACION	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 46.200	$ 46.200	$ 200	$ 0	$ 46.400		
SUBTOTALES:									$ 46.200	$ 200	$ 0	$ 46.400		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																					SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																														PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	DEFORMA TRIBUTARIA	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1086364066	MARTINEZ NARVAEZ JUAN JOSE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		$ 1.894.464			NO	01																	230301-PORVENIR	30	$ 1.894.464	$ 303.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 303.200	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.894.464	$ 236.900	$ 0	$ 236.900	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.894.464	$1086364066	$ 46.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 588.100

SOI
Planilla Pagada

Dirección de Sanidad Policial

Nombre Profesional: JUAN JOSE MARTINEZ NARVAEZ
No Identificación: 1086364066
Periodo Proceso: Abril / 2026
Hras Contratadas: 143

DIA SEMANA	DIA	07-08	08-09	09-10	10-11	11-12	12-13	13-14	14-15	15-16	16-17	17-18	18-19	19-07	HORAS	TOTAL
MIÉRCOLE	1	7	7	7	7	7	7									6
JUEVES	2															6
VIERNES	3															6
SÁBADO	4	7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			10
DOMINGO	5															
LUNES	6	7	7	7	7	7	7									6
MARTES	7	7	7	7	7	7	7									6
MIÉRCOLE	8	7	7	7	7	7	7									6
JUEVES	9	7	7	7	7	7	7									6
VIERNES	10	7	7	7	7	7	7									6
SÁBADO	11															
DOMINGO	12	7	7	7	7	7			7	7	7	7	7			10
LUNES	13	7	7	7	7	7	7									6
MARTES	14	7	7	7	7	7	7									6
MIÉRCOLE	15	7	7	7	7	7	7									6
JUEVES	16	7	7	7	7	7	7									6
VIERNES	17	7	7	7	7	7	7									6
SÁBADO	18															
DOMINGO	19															
LUNES	20	7	7	7	7	7	7									6
MARTES	21	7	7	7	7	7	7									6
MIÉRCOLE	22	7	7	7	7	7	7									6
JUEVES	23	7	7	7	7	7	7									6
VIERNES	24	7	7	7	7	7	7									6
SÁBADO	25															
DOMINGO	26															
LUNES	27	7	7	7	7	7	7									6
MARTES	28	7	7	7	7	7	7	7								7
MIÉRCOLE	29	7	7	7	7	7	7	7								7
JUEVES	30	7	7	7	7	7	7	7								7

SUPERVISOR CONTRATO _____

SUPERVISOR _____