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 _____