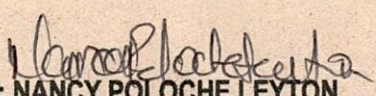


Nancy Poloche Leyton
C.C.40.405.615 de Fuentedeoro

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA DE VENTA
Decreto No. 358 Marzo 2020 Art. artículo 1.6.1.4.12
DOCUMENTO SOPORTE : N° 05

Documento Soporte en Adquisiciones Efectuadas con no Obligados a facturar: Para personas naturales no comerciantes

RAZON SOCIAL :		HOSPITAL LOCAL DE FUENTEDEORO	
DIRECCIÓN :	Cra. 14 No. 14 36 - Barrio Las Brisas	TELÉFONO :	3157528343
NIT :	822.001.570 DV 3		
FECHA DE LA TRANSACCIÓN :	30 de mayo de 2026	C.C. No.40.405.615 de Fuentedeoro (Meta)	
NOMBRE Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO DEL PAGO :	NANCY POLOCHE LEYTON		
CIUDAD Y DIRECCIÓN DEL BENEFICIARIO :	Fuentedeoro Meta, Calle 8 No 12-81 Barrio El Lago		
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA:	8211		
CONCEPTO:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO LIDER DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO.DEL 01 AL 31 DE MAYO DEL 2026.		
No. 05 De Contrato 037 de 2026		Programa o Unidad Funcional: Administrativa- Lider de Calidad	
Periodo de cobro:		DEL 01 AL 31 DE MAYO DE 2026	
Objeto del contrato:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO LIDER DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO.		
VALOR DE LA OPERACIÓN		\$	3.467.388
RETENCION EN LA FUENTE		\$	-
VALOR A PAGAR		\$	3.467.388
 FIRMA: NANCY POLOCHE LEYTON C.C. 40.405.615 de Fuentedeoro			

NOTA: Las personas inscritas en Régimen Simplificado, adjuntar fotocopia del RUT
Las personas naturales no comerciantes, adjuntar fotocopia de la C.C

Calle 8 No 12 -81 Barrio El Lago
Celular 3202282827

NO RESPONSABLE DE IVA

Declaración Juramentada para efectos tributarios – Ley 2277 de 2022

Nancy Poloche Leyton

C.C.40.405.615 de Fuentedeoro

Fuentedeoro Meta, 31 de mayo de 2026

Señores

HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO

Ciudad

Asunto: Declaración Juramentada para efectos tributarios –Ley 2277 de 2022.

Cordial saludo:

Yo, **NANCY POLOCHE LEYTON**, identificada con Cédula de Ciudadanía Número 40.405.615 expedida en Fuentedeoro Meta, obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que, en el momento del pago número **05** del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales No.037 de fecha 02 de enero de 2026 objeto de esta declaración:

1. Que de conformidad con el parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, mis ingresos corresponden a rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria, y me acojo a la depuración de retención en la fuente por pagos mensualizados indicada en el párrafo 2 del parágrafo indicado.

De igual forma solicito que sean aplicadas las siguientes deducciones para depurar de mi base de Retención en la Fuente del periodo comprendido del 01 al 31 de mayo del 2026. En los pagos que me realice EL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO de acuerdo con los siguientes factores:

Descripción	Valor
Deducción por intereses pagados en el año _____ por adquisición de vivienda	\$ 0
Deducción por pagos de medicina prepagada.	\$ 0

Manifiesto libre y voluntariamente que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación depende(n) económicamente de mí, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción del 10% sobre mis ingresos brutos.

Identificación	Nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Parentesco	Edad

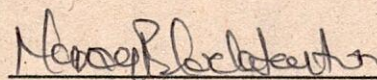
2. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio que pueda modificar los beneficios obtenidos.

Atentamente,

FIRMA CONTRATISTA:

NOMBRE CONTRATISTA:

Nº IDENTIFICACIÓN Y DV:



NANCY POLOCHE LEYTON

C.C.40.405.615 de Fuentedeoro

NOTA: El presente documento será anexo del formato **VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS PARA PAGO DE CONTRATOS**, para trámite de cuenta.

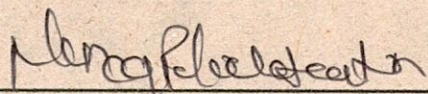
Calle 8 No 12 -81 Barrio El Lago

Celular 3202282827

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, **NANCY POLOCHE LEYTON**, identificada con la cedula de ciudadanía No.40.405.615 de Fuentedeoro Meta Colombia, en mi calidad de Contratista, con el Hospital Local Primer Nivel E.S.E Fuentedeoro, dentro de la Orden de Prestación de Servicios No.037 del 02 de enero de 2026, por medio del presente documento, declaro bajo la gravedad del juramento en los términos que consagra la Ley, que los documentos que presento al área de Contratación y Órdenes de Pago, corresponde a los pagos de Seguridad Social en Salud del mes de **ABRIL**, el cual anexo para el cobro respectivo.

Para constancia se firma en Fuentedeoro Meta, a los treinta y un días (31) días del mes de mayo del año Dos mil Veintiséis (2026).



NANCY POLOCHE LEYTON
C.C. No. 40.405.615 de Fuentedeoro

HUELLA



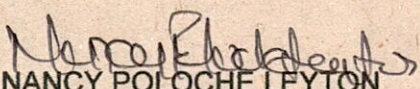
INFORME DE ACTIVIDADES No. 05	
CUENTA DE COBRO NUMERO:	05
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NANCY POLOCHE LEYTON
IDENTIFICACION:	40.405.615 DE FUENTEDEORO
CONTRATO NUMERO:	037 DEL 02 DE ENERO DE 2026
PERIODO EJECUTADO:	DEL 01 AL 31 DE MAYO DE 2026
VALOR A COBRAR:	\$ 3.467.388 PESOS
OBJETO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES COMO LIDER DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD EN SALUD DEL HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO.
OBLIGACIONES DEL CONTRATO	ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL CONTRATISTAS (SOPORTES O EVIDENCIA)
1. Apoyar con el trámite de inscripción de novedades ante la Secretaría de Salud del Meta.	Para este periodo se radica en secretaria de salud departamental la solicitud de habilitación de EBS especializados e inscripción de la nueva ambulancia.
2. Apoyar en la autoevaluación frente a los estándares de habilitación para determinar el grado de desarrollo en los diferentes servicios.	Para este periodo se realiza revisión según resolución 3100 para la habilitación de EBS especializados
3. Asistencia en la documentación e implementación de los criterios de habilitación.	En esta obligación se brinda acompañamiento técnico y metodológico en la documentación, verificación e implementación de los criterios de habilitación establecidos por la normatividad vigente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS), asegurando el cumplimiento de los requisitos legales, técnicos y administrativos exigidos para la prestación de los servicios de salud.
4. Apoyar en la evaluación de los niveles de autocontrol y aplicación de auditoría interna en los procesos asistenciales de la institución.	Para este periodo se apoya auditoria del proceso de gestión de la información.
5. Realizar autoevaluación para acreditación de acuerdo a la normatividad vigente.	En esta obligación se trabaja en el sistema integrado de calidad identificando brechas, fortalezas y acciones de mejora en los procesos. Se realiza autoevaluación de los estándares asistenciales.
6. Liderar el Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC).	Para este periodo se trabaja en la ruta critica del PAMEC.
7. Realizar acompañamiento continuo en la ejecución de actividades propuestas de los estándares priorizados y su respectivo análisis de los resultados.	Se realiza seguimiento permanente y acompañamiento técnico a los responsables de los procesos en la ejecución de las actividades definidas para el cumplimiento de los estándares priorizados en los diferentes procesos de la institución.
8. Apoyar en el seguimiento al cumplimiento del cargue de la información anual a la Supersalud	Para este periodo no se realiza cargue de la información para la SUPER SALUD. Pero se realiza cargue a la Plataforma PISIS de la resolución 373 y Sistema de información de los Hospitales SIHO.
9. Apoyar en el diseño, implementación, medición y gestión integral de los indicadores de calidad, con el fin de realizar seguimiento y monitoreo a la calidad de la atención.	Para este periodo se realiza la medición en la ficha técnica de indicadores en la cual se hace el seguimiento y monitoreo en el dominio de la efectividad, seguridad y experiencia en la prestación de los servicios de manera mensual de acuerdo a la resolución 256/2016.

10. Apoyar en la gestión de los resultados de los indicadores para toma de decisiones oportunas que den como resultado la mejora continua de la prestación del servicio en el Hospital.	Se realiza consolidación, análisis e interpretación sistemática de los resultados de los indicadores institucionales, con el fin de generar información confiable y oportuna que facilite la toma de decisiones estratégicas, tácticas y operativas, orientadas a la mejora continua de la calidad en la prestación de los servicios de salud.
11. Liderar y coordinar el Comité de Calidad.	Para este periodo se realizó el comité de calidad el día 13/05/2026..
12. Liderar la implementación del sistema de gestión de calidad.	Se mantiene un sistema de gestión articulado, con procesos estandarizados, indicadores monitoreados periódicamente y acciones de mejora implementadas, que contribuyen a la seguridad del paciente, la satisfacción del usuario y la eficiencia institucional.
13. Apoyo en la implementación, divulgación y seguimiento al cumplimiento de políticas institucionales	Se realiza apoyo a la política de seguridad del paciente y seguridad y salud en el trabajo y política ambiental.
14. Aplicación de herramientas y métodos de calidad para el mejoramiento continuo de la Institución.	Se realiza la aplicación sistemática de herramientas técnicas fichas de indicadores que permiten identificar oportunidades de mejora, analizar causas, implementar acciones correctivas y realizar seguimiento permanente a los resultados, garantizando la seguridad del paciente y la eficiencia institucional.
15. Apoyo en la construcción documental de procedimientos.	Para este periodo se realiza formatos como plan de contingencia para la falla del sistema PROSOFT en Historias clínicas, formato de medicación y formato de solicitud de medicamentos.
16. Apoyo en la implementación de la cultura de Humanización en la atención en salud a través del Programa de Humanización institucional.	Para este periodo no se realiza actividad.
17. Actualizar y monitorear las actividades del programa de seguridad del paciente de acuerdo a la normatividad vigente.	Se realiza ronda de seguridad paciente con la auxiliar Sandra Escucha. Se diligencia lista de chequeo y se socializa en comité.
18. Realizar el mantenimiento y gestión de toda la documentación y registros del sistema de gestión de calidad.	Para este periodo se cumple con esta obligación se solicita asesoría de la secretaria departamental de salud para la documentación necesaria para los EBS especializados.
19. Coordinar, recibir y organizar los planes de mejora de las diferentes auditorias programadas al Hospital por parte de las EAPB, entes territoriales y entes de control entre otros.	Para esta vigencia se recibe auditoria por parte de la IPS Proteger y Secretaria Municipal de salud.
20. Apoyar en la realización y cargue de informes requeridos por los entes de control y los solicitados por el Hospital.	Para esta vigencia se realiza el informe de oferta a la alcaldía municipal
21. Apoyar en el seguimiento al plan de acción de manera mensual, de acuerdo al avance y cumplimiento de actividades	En esta vigencia se participa en la capacitación Plan Maestro Aplicativo Registro de Iniciativas.
22. Apoyar la divulgación y socialización del portafolio de servicios de salud de la entidad de manera virtual.	Se realizó divulgación por medio de WhatsApp
23. Apoyar la divulgación y socialización del portafolio de servicios de salud de la Institución, y aquellas que desarrolle la entidad a través de los diferentes medios	Se realizó divulgación por medio de Facebook

Nancy Poloche Leyton
C.C.40.405.615 de Fuentedeoro

virtuales, como redes sociales, entre otros	
24. Participar en los Comités Institucionales, capacitaciones y reuniones programadas por el Hospital.	Se participó activamente en la jornada de comités institucionales y visita de Ministro de Salud.
ANEXOS QUE HACEN PARTE DEL PRESENTE INFORME	
PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL	MAYO 9505434927

Atentamente,


NANCY POLOCHE LEYTON
C.C. 40.405.615 de Fuentedeoro

Calle 8 No 12 -81 Barrio El Lago
Celular 3202282827

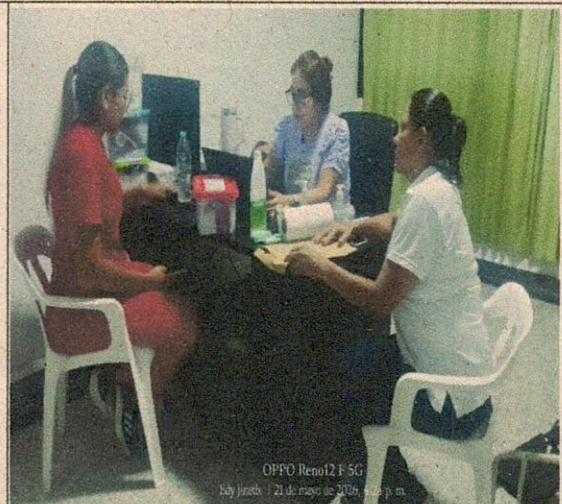
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

1. Trámite de habilitación EBS especializados ante secretaría departamental de salud	8. Cargue SIHO
9. Ficha técnica de indicador Medicina General	11. Comité de calidad
13. Apoyo política Ambiental	15. Documentos Urgencias

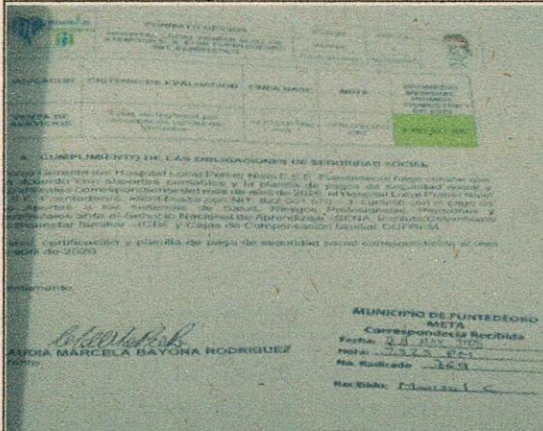
EVIDENCIA FOTOGRAFICA



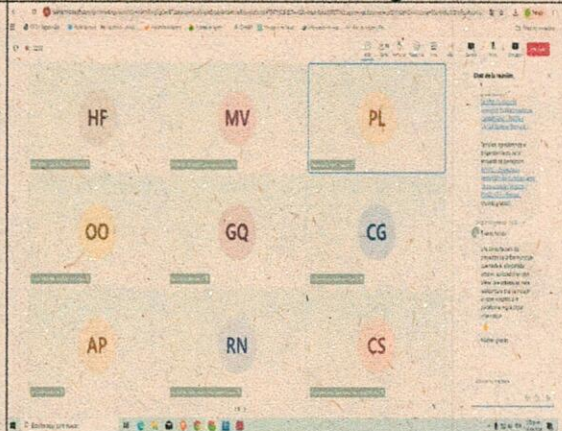
17. Ronda seguridad del paciente



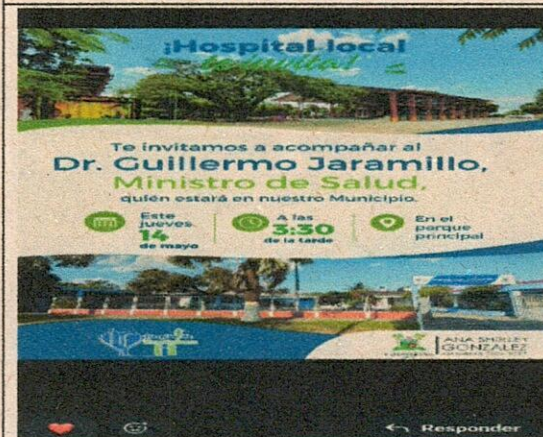
19. Auditoria Proteger



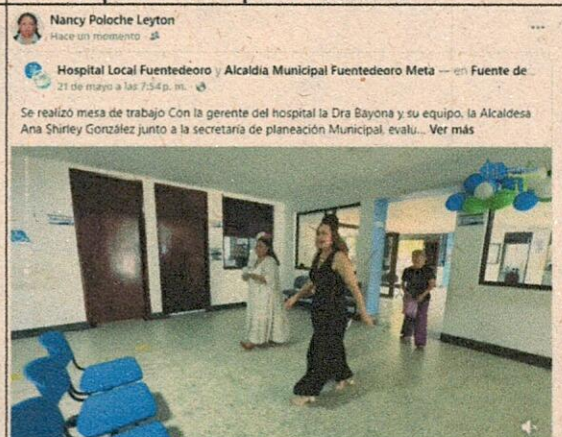
20. Informe de oferta



21. capacitación plan maestro



22. Divulgación portafolio de servicios por medio de whatsapp



23. Divulgación portafolio de servicios por medio de Facebook

	HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO	Código	HDF-F9	
		Versión	1	
		Fecha de Actualización	15/12/2025	
	FORMATO DE VERIFICACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL			

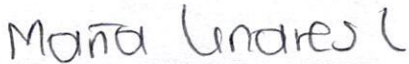
**LA PROFESIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL
HOSPITAL LOCAL PRIMER NIVEL ESE FUENTEDEORO**

VERIFICACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL No 037 -05

Que el señor (a) **NANCY POLOCHE LEYTON** identificado con cedula de ciudadanía número 40.405.615, expedida en Fuentedeoro, vinculado por medio de contrato de prestación de servicios N° 037 Ha cumplido en forma oportuna y completa con los aportes que le corresponden respecto al Sistema de Seguridad Social correspondiente al mes MAYO del año 2026, en cuando a salud, pensiones y riesgos laborales detallados a continuación.

ADMINISTRADORA	NUMERO PLANILLA	VALOR PAGO
Salud Total	9505434927	\$ 218.900
Porvenir	9505434927	\$ 280.200
Positiva	9505434927	\$ 42.700
TOTAL		\$ 541.800=

En constancia se firma el día 26 del mes mayo del año 2026.


MARIA LINARES LAMUS
CONTRATO NUMERO 041 DE 2026
Profesional Salud Ocupacional

26-05-2020

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF								
CC 4005615		POLOCHE LEYTON NANCY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 8 12 81	FUENTE DE ORO-META	320282827	No								
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																
Periodo	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Banco	Dias Mora	Valor							
Pensión	Salud	2026-05	337563663	9505434927	2026/06/04	2026/05/26	NEQUI	0	\$541,800							
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																
EMPLEADO																
No.	Identificación	Nombre	NOVEDADES	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES				
				IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Aporte	Codigo Dias	IBC	Aporte	Tarifa	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																
Ciudad: FUENTE DE ORO Depto: META (1 Afiliados)																
1	CC 4005615	POLOCHE NANCY			23030 30			\$1,750,905	\$280,200	30			\$1,750,905	\$42,700	No	\$541,800
Total Afiliados(1)								\$1,750,905	\$280,200				\$1,750,905	\$42,700		\$541,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$280,200		\$0	\$280,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$280,200		\$0	\$280,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$42,700		\$0	\$42,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$42,700		\$0	\$42,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$218,900		\$0	\$218,900	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	\$218,900		\$0	\$218,900	
TOTAL				1	\$541,800		\$0	\$541,800	