SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN
FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN

CÓDIGO: AP-IA-FT-014
VERSIÓN: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO**			**CC:**	**1022423047**
CORREO ELECTRÓNICO:	**polancodelgadoluismiguel@gmail.com**			**TELÉFONO:**	**3222919913**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 52B BIS 88F 85**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCO CAJA SOCIAL**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**24128429699**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 4054 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 3.978.298**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/05/12**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/06/30**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/05/13 AL 2026/05/31**				

LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO
PS_4054_2026_E2E10A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO
CC: 1022423047
CEL: 3222919913

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO			
	CON C.C N°	**1.022.423.047**	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO ENFERMERO A PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 711 24 04 2025.		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 4054 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/05/12**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 4.000.037	**No. HORAS EJECUTADAS**	**122**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 10.000.093	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 3.978.298
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	DOS (2) MESES		
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	HOSPITAL SANTA CLARA		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ		

ITEM	**II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	Participe de forma indelegable en las capacitaciones, asistencias técnicas y procesos formativos relacionados con los aplicativos institucionales (GTAPS, Dinámica Gerencial y demás sistemas definidos), garantizando su correcta aplicación en la ejecución de las actividades contractuales.
2	Verifique previamente que los usuarios a intervenir se encuentren caracterizados en el aplicativo GTAPS en modalidad extramural y realizar la atención en las modalidades intramural y extramural según corresponda, conforme al Lineamiento técnico-operativo de EBS
3	Realice la valoración integral de la población asignada de acuerdo con el curso de vida, identificando, clasificando y priorizando el riesgo en salud, garantizando el cumplimiento de los tiempos de respuesta definidos según el nivel de riesgo identificado. 4 pacientes extramurales, 1 planificación familiar 3 educaciones a crónicas
4	Ejecute atenciones individuales de enfermería conforme a la Resolución 3280 de 2018, cumpliendo los estándares de consulta autorizados por las EAPB y diligenciando de manera correcta y completa los diagnósticos CIE-10, reconociendo que todos los productos son sujetos de auditoría.
5	Elabore, concerte, implemente y registre el Plan de Cuidado Primario por individuo y por familia, de acuerdo con los hallazgos identificados durante la atención, incorporando recomendaciones, compromisos y acciones específicas. Dicho plan deberá ser claro, concreto y pertinente, estar direccionado a la condición particular del usuario y su entorno familiar, y registrarse de manera oportuna en los aplicativos y sistemas de información establecidos, veinticuatro (24) horas posteriores a la atención
6	Garantice la realización y registro de anamnesis, revisión por sistemas, antecedentes, evaluación de riesgos, examen físico, análisis de hallazgos, diagnóstico y plan de manejo, de conformidad con el perfil profesional de enfermería y los lineamientos técnicos vigentes.
7	Registre de manera completa, veraz, consistente y con calidad del dato la totalidad de las atenciones realizadas en GTAPS, Dinámica Gerencial y los demás sistemas de información definidos, en cumplimiento de la Resolución 3280 de 2018 y los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, garantizando su registro dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la atención
8	Identifique riesgos en salud y/o sociales y diligenciar el formato de canalización SIRC de manera oportuna, completa y con calidad del dato, dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la atención.
9	.Verifique que los usuarios hayan recibido las atenciones obligatorias según su curso de vida y, en caso de incumplimiento, realizar la orden o canalización correspondiente, de acuerdo con los lineamientos técnicos vigentes.
10	Identifique la población sin aseguramiento que cumpla con los criterios para la afiliación por oficio y remitir, dentro de las primeras veinticuatro (24) horas, la información completa y verificada al equipo correspondiente, para la gestión de la afiliación a través del Sistema de Afiliación Transaccional.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**	**SI**	**NO**
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	**X**	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	**X**	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	**X**	

4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	**X**	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	**X**	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago,** ***CERTIFICO*** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-05-13) AL (2026-05-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N°	OPERADOR:	
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL		$ 0
PENSIÓN:	PORVENIR		$ 0
RIESGOS LABORALES:	SURA		$ 0
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 0

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	*LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO* *PS_4054_2026_E2E10A* **LUIS MIGUEL POLANCO DELGADO** **CC: 1022423047**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ* *PS_4054_2026_E2E10A* **LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**