


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON			CC:	1070943666
CORREO ELECTRÓNICO:	diegoalejofe@gmail.com			TELÉFONO:	3107649419
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22B 56 63			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	ITAU (Corpbanca)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	720206000

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6184 2025	N° CDP:	2660	N° RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 7.500.024

 DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON  
PS\_6184\_2025\_1A06F8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON  
CC: 1070943666  
CEL: 3107649419

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON**

CON C.C N° 1.070.943.666

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** PS 6184 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/08/15

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 4.250.014 **No. HORAS EJECUTADAS** 184

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 19.250.062 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 7.500.024

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** DIEZ (10) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

**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 se lograron identificar y potenciar capacidades para promover el cuidado de la salud
- 2 se logró que cuando se identificó población sin aseguramiento con criterios para afiliación por oficio, se remitiera la información al grupo familiar para la gestión a través del SAT.
- 3 se logró detectar tempranamente alteraciones, formular y educar en salud.
- 4 se logró cumplir con las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadas por el supervisor.
- 5 se logró realizar valoraciones integrales en las jornadas de salud.
- 6 se logró entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin.
- 7 al encontrarse una emergencia en visitas, los integrantes del grupo base asistieran al usuario y/o solicitaran apoyo al CRUE para su remisión a una IPS.
- 8 se logró realizar la canalización SIRC para usuarios de otras EAPB sin contrato vigente con la subred.
- 9 se socializaron los controles médicos a gestantes con MME o sífilis gestacional y a pacientes crónicos afiliados a Capital Salud subsidiado
- 10 se logró verificar que todos los usuarios valorados en el hogar acudieran a las atenciones definidas en el curso de vida; en caso contrario, se ordenó o canalizó.
- 11 se logró construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado.
- 12 se lograron realizar los registros en el formato de historia clínica para cada RIA establecido por la SISS.
- 13 se socializo la la notificación al subsistema correspondiente
- 14 se logró establecer la prioridad de la familia (alta, media o baja) según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes.
- 15 se logró asistir a las capacitaciones, comités y convocatorias programadas
- 16 SE O LOGRO VALORAR DE MANERA INTEGRAL EL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS
- 17 SE IDENTIFICARON LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES VISTOS
- 18 se logró realizar valoraciones integrales en jornadas de salud.
- 19 se lograron identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos y derivarlos para su manejo oportuno
- 20 se logró registrar la información en la base de datos de atenciones en salud y diligenciar el plan de cuidado familiar con las recomendaciones definidas, según los hallazgos y la concertación de compromisos con los integrantes de la familia.
- 21 se socializo que el médico general cuando estuviera presente con el usuario cuando y si este requiere comunicación telefónica con médico familiar, internista o psiquiatría de la subred, quienes realizan teleasistencia para fortalecer la resolutiveidad en campo
- 22 se logró llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar para agendar cita con especialistas.  
11 se logró ordenar los exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva
- 23 se logró que cuando se identificaron integrantes en población priorizada (gestantes, niños <5 años, crónicos, adultos mayores, personas con discapacidad o dependencia y cuidadores), se programara una nueva visita con el usuario presente y recibiera atención por parte del equipo
- 24 se solicalizo la entrega de los productos requeridos: historia clínica diligenciada, órdenes médicas, canalización SIRC, bases de datos definidas, fichas de notificación de eventos de interés en salud pública y planes de cuidado familiar
- 25 se socializo que el médico general cuando estuviera presente con el usuario cuando y si este requiere comunicación telefónica con médico familiar, internista o psiquiatría de la subred, quienes realizan teleasistencia para fortalecer la resolutiveidad en campo.

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 89944285	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/19	\$ 173.100
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/19	\$ 221.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/19	\$ 33.800
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 428.400</b>

**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON PS_6184_2025_1A06F8
	<b>DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON</b> <b>CC: 1070943666</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_6184_2025_1A06F8
	<b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON			CC:	1070943666
CORREO ELECTRÓNICO:	diegoalejofe@gmail.com			TELÉFONO:	3107649419
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 22B 56 63			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	ITAU (Corpbanca)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	720206000

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 6184 2025	N° CDP:	2660	N° RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: DIEZ (10) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO						\$ 7.500.024

 DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON  
PS\_6184\_2025\_1A06F8

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON  
CC: 1070943666  
CEL: 3107649419

**CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON**

CON C.C N° 1.070.943.666

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO MEDICO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

**CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.** PS 6184 2025 **FECHA INICIO CONTRATO** 2025/08/15

**VALOR INICIAL DEL CONTRATO** \$ 4.250.014 **No. HORAS EJECUTADAS** 184

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:** \$ 19.250.062 **VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:** \$ 7.500.024

**PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS** DIEZ (10) MESES

**UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:** HOSPITAL SANTA CLARA

**NOMBRE DEL SUPERVISOR:** BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

**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 se lograron identificar y potenciar capacidades para promover el cuidado de la salud
- 2 se logró que cuando se identificó población sin aseguramiento con criterios para afiliación por oficio, se remitiera la información al grupo familiar para la gestión a través del SAT.
- 3 se logró detectar tempranamente alteraciones, formular y educar en salud.
- 4 se logró cumplir con las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadas por el supervisor.
- 5 se logró realizar valoraciones integrales en las jornadas de salud.
- 6 se logró entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin.
- 7 al encontrarse una emergencia en visitas, los integrantes del grupo base asistieran al usuario y/o solicitaran apoyo al CRUE para su remisión a una IPS.
- 8 se logró realizar la canalización SIRC para usuarios de otras EAPB sin contrato vigente con la subred.
- 9 se socializaron los controles médicos a gestantes con MME o sífilis gestacional y a pacientes crónicos afiliados a Capital Salud subsidiado
- 10 se logró verificar que todos los usuarios valorados en el hogar acudieran a las atenciones definidas en el curso de vida; en caso contrario, se ordenó o canalizó.
- 11 se logró construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado.
- 12 se lograron realizar los registros en el formato de historia clínica para cada RIA establecido por la SISS.
- 13 se socializo la la notificación al subsistema correspondiente
- 14 se logró establecer la prioridad de la familia (alta, media o baja) según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes.
- 15 se logró asistir a las capacitaciones, comités y convocatorias programadas
- 16 SE O LOGRO VALORAR DE MANERA INTEGRAL EL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS
- 17 SE IDENTIFICARON LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES VISTOS
- 18 se logró realizar valoraciones integrales en jornadas de salud.
- 19 se lograron identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos y derivarlos para su manejo oportuno
- 20 se logró registrar la información en la base de datos de atenciones en salud y diligenciar el plan de cuidado familiar con las recomendaciones definidas, según los hallazgos y la concertación de compromisos con los integrantes de la familia.
- 21 se socializo que el médico general cuando estuviera presente con el usuario cuando y si este requiere comunicación telefónica con médico familiar, internista o psiquiatría de la subred, quienes realizan teleasistencia para fortalecer la resolutividad en campo
- 22 se logró llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar para agendar cita con especialistas.  
11 se logró ordenar los exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva
- 23 se logró que cuando se identificaron integrantes en población priorizada (gestantes, niños <5 años, crónicos, adultos mayores, personas con discapacidad o dependencia y cuidadores), se programara una nueva visita con el usuario presente y recibiera atención por parte del equipo
- 24 se solicalizo la entrega de los productos requeridos: historia clínica diligenciada, órdenes médicas, canalización SIRC, bases de datos definidas, fichas de notificación de eventos de interés en salud pública y planes de cuidado familiar
- 25 se socializo que el médico general cuando estuviera presente con el usuario cuando y si este requiere comunicación telefónica con médico familiar, internista o psiquiatría de la subred, quienes realizan teleasistencia para fortalecer la resolutividad en campo.

**III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

**SE VERIFICA 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 (2025-09-01) AL (2025-09-30)

**IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL**

No. DE PLANILLA:	N° 89944285	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/09/19	\$ 173.100
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/19	\$ 221.500
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/19	\$ 33.800
OTRO			
<b>TOTAL PAGADO</b>			<b>\$ 428.400</b>

**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

<b>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</b>	 DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON PS_6184_2025_1A06F8
	<b>DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON</b> <b>CC: 1070943666</b>
<b>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</b>	 BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO PS_6184_2025_1A06F8
	<b>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</b> <b>SUPERVISOR DEL CONTRATO</b>

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1070943666	DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON	Calle 22b no 56-63	3107649149	diegoalejfe@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLREADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	22/09/2025	89944285	\$428.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	172.300	0		0		0	7	800	0	173.100	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
													230201

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	33.600				33.600	7	200	33.800			336	33.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	172.300	173.100
Pensión	1	220.500	221.500
Riesgos Laborales	1	33.600	33.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>426.400</b>	<b>428.400</b>



Escaneado con CamScanner

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

