


DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA		CC:	1023953423	
CORREO ELECTRÓNICO:	jasantiago@fucsalud.edu.co		TELÉFONO:	3042166871	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5D BIS 48M 45 SUR		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	062092085

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 5851 2025	N° CDP:	2547	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CUATRO (4) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/07/01	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						\$ 6.717.454

 JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA
PS_5851_2025_223ABI

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA
CC: 1023953423
CEL: 3042166871

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA

CON C.C N° 1.023.953.423

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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. - CONVENIO EBS DE MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL SEGUN RESOLUCION 1499 26-08-2024

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5851 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/07/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 12.000.112	No. HORAS EJECUTADAS	206
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 22.174.120	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 6.717.454
---	---------------	--	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	IDENTIFICAR OPORTUNAMENTE FACTORES DE RIESGO: EVALUAR CONDICIONES DEL ENTORNO, HÁBITOS, ANTECEDENTES FAMILIARES Y ESTADO DE SALUD. DETECTAR RIESGOS BIOLÓGICOS, SOCIALES O AMBIENTALES. BRINDAR RECOMENDACIONES O DERIVAR AL SERVICIO CORRESPONDIENTE PARA SU ATENCIÓN OPORTUNA
2	ATENCIÓN A POBLACIÓN PRIORIZADA: EN CASO DE QUE LA FAMILIA REPORTE QUE ALGUNO DE SUS INTEGRANTES PERTENECE A UNA POBLACIÓN PRIORIZADA COMO MUJERES GESTANTES, NIÑOS MENORES DE CINCO (5) AÑOS, PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS, ADULTOS MAYORES, PERSONAS EN CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD O DEPENDENCIA, Y SUS CUIDADORES, SE DEBE PROGRAMAR UNA NUEVA VISITA EN LA CUAL EL USUARIO ESTÉ PRESENTE Y RECIBA ATENCIÓN EN SALUD POR PARTE DEL EQUIPO.
3	ACTUACIÓN ANTE EMERGENCIAS EN VISITAS: SI DURANTE UNA VISITA SE IDENTIFICA UNA EMERGENCIA, LOS INTEGRANTES DEL GRUPO BASE DEBEN ASISTIR INMEDIATAMENTE A LA PERSONA AFECTADA. SOLICITAR APOYO AL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS (CRUE) DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD. COORDINAR LA REMISIÓN DEL PACIENTE A UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD (IPS) QUE PUEDA ATENDER LA EMERGENCIA. ASEGURAR EL SEGUIMIENTO HASTA QUE LA PERSONA RECIBA LA ATENCIÓN REQUERIDA.
4	ASISTIR A COMITÉS DE SALUD: PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN LAS REUNIONES DE LOS COMITÉS DE SALUD PROGRAMADOS. PRESENTAR INFORMES O REPORTES RELACIONADOS CON LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS. VERIFICAR QUE LAS DECISIONES Y ACUERDOS DEL COMITÉ SE IMPLEMENTEN CORRECTAMENTE. HACER SEGUIMIENTO A LAS ACCIONES ACORDADAS Y REPORTAR AVANCES O DIFICULTADES. COMUNICAR RETROALIMENTACIÓN AL EQUIPO O COMUNIDAD SEGÚN CORRESPONDA.
5	. SE REALIZA UNA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD FÍSICO, EMOCIONAL Y SOCIAL DE CADA MIEMBRO DEL HOGAR, IDENTIFICANDO RIESGOS, ENFERMEDADES CRÓNICAS, DISCAPACIDADES O NECESIDADES ESPECIALES.
6	DISEÑO DEL PLAN DE CUIDADO: SE ELABORAN INTERVENCIONES ESPECÍFICAS PARA CADA INTEGRANTE, BASADAS EN SUS NECESIDADES PARTICULARES (EJ. CONTROL DE ENFERMEDADES, EDUCACIÓN EN SALUD, AUTOCUIDADO, ADHERENCIA A TRATAMIENTOS, HÁBITOS SALUDABLES).
7	REGISTRO Y SEGUIMIENTO: LAS ACCIONES Y ACUERDOS SE DOCUMENTAN, ESTABLECIENDO FECHAS PARA PRÓXIMAS VISITAS O CONTROLES, Y SE HACE SEGUIMIENTO A LA EVOLUCIÓN DE CADA INTEGRANTE.
8	IDENTIFICAR EL EVENTO: DETECTAR SIGNOS, SÍNTOMAS O SITUACIONES QUE CORRESPONDAN A UN EVENTO DE INTERÉS EN SALUD PÚBLICA (EISP), SEGÚN LINEAMIENTOS VIGENTES. REGISTRAR LA INFORMACIÓN: DOCUMENTAR TODOS LOS DATOS RELEVANTES DEL CASO (NOMBRE, EDAD, SÍNTOMAS, FECHA DE INICIO, ETC.). NOTIFICAR AL SUBSISTEMA CORRESPONDIENTE: REPORTAR EL EVENTO DE FORMA INMEDIATA AL SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA (SIVIGILA U OTRO DEFINIDO POR LA SUBRED).
9	IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO: OBSERVAR EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO FÍSICO, EMOCIONAL Y COGNITIVO SEGÚN LA EDAD. COMPARAR CON LOS HITOS ESPERADOS PARA DETECTAR RETRASOS O ALTERACIONES. REGISTRAR Y COMUNICAR HALLAZGOS RELEVANTES
10	VALORAR EL ESTADO DE SALUD DE CADA INTEGRANTE DEL HOGAR (SIGNOS, SÍNTOMAS, ENFERMEDADES, FACTORES DE RIESGO). ANALIZAR EL CONTEXTO FAMILIAR (ACCESO A SERVICIOS, APOYO SOCIAL, CONDICIONES DEL ENTORNO). CLASIFICAR LA PRIORIDAD DEL HOGAR COMO ALTA, MEDIA O BAJA, SEGÚN LA GRAVEDAD Y URGENCIA DE LAS NECESIDADES. REGISTRAR LA PRIORIDAD PARA PLANEAR EL SEGUIMIENTO Y LAS INTERVENCIONES NECESARIAS.

11	ENTREGA DE REPORTE AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR: RECOLECTAR EL REPORTE DE LAS ATENCIONES REALIZADAS POR LOS PROFESIONALES. VERIFICAR QUE LA INFORMACIÓN ESTÉ COMPLETA Y ACTUALIZADA. ENTREGAR EL REPORTE AL GRUPO DE GESTIÓN FAMILIAR USANDO LA HERRAMIENTA PREVISTA PARA TAL FIN. CONFIRMAR LA RECEPCIÓN Y RESOLUCIÓN DE DUDAS SI LAS HAY.
12	REALIZAR DETECCIÓN TEMPRANA, FORMULACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD: IDENTIFICAR DE MANERA OPORTUNA CUALQUIER ALTERACIÓN O FACTOR DE RIESGO EN LOS USUARIOS DURANTE LAS VALORACIONES. FORMULAR PLANES DE CUIDADO O INTERVENCIONES SEGÚN LAS NECESIDADES DETECTADAS. BRINDAR EDUCACIÓN EN SALUD PERSONALIZADA PARA PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES Y MANEJO ADECUADO DE CONDICIONES. DOCUMENTAR Y HACER SEGUIMIENTO A LOS CASOS.
13	CERTIFICAR ATENCIONES POR CURSO DE VIDA: REVISAR SI CADA USUARIO VALORADO HA RECIBIDO LAS ATENCIONES QUE LE CORRESPONDEN SEGÚN SU EDAD, SEGÚN LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018. SI NO LAS HA RECIBIDO, ORDENAR O REMITIR.
14	ACCIÓN DE ENFERMERÍA PARA POBLACIÓN SIN ASEGURAMIENTO: SI IDENTIFICA PERSONAS SIN ASEGURAMIENTO QUE CALIFICAN PARA AFILIACIÓN DE OFICIO, ENFERMERÍA DEBE ENTREGAR LA INFORMACIÓN AL GRUPO FAMILIAR PARA QUE GESTIONEN LA AFILIACIÓN POR EL SISTEMA DE AFILIACIÓN TRANSACCIONAL (SAT).
15	IDENTIFICAR USUARIOS QUE PERTENECEN A OTRAS EAPB Y QUE NO TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED. REALIZAR LA CANALIZACIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA INTEGRADO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SIRC).
16	IDENTIFICAR USUARIOS QUE PERTENECEN A OTRAS EAPB Y QUE NO TIENEN CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED. REALIZAR LA CANALIZACIÓN A TRAVÉS DEL SISTEMA INTEGRADO DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA (SIRC). ASEGURAR QUE EL USUARIO RECIBA LA ATENCIÓN NECESARIA EN LA RED CORRESPONDIENTE. DOCUMENTAR LA CANALIZACIÓN Y HACER SEGUIMIENTO AL CASO
17	REALIZAR VALORACIONES INTEGRALES EN JORNADAS DE SALUD: ORGANIZAR Y PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE SALUD PROGRAMADAS. EVALUAR DE FORMA COMPLETA EL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS PRESENTES, CONSIDERANDO ASPECTOS FÍSICOS, EMOCIONALES Y SOCIALES. REGISTRAR LOS HALLAZGOS Y DETECTAR NECESIDADES DE ATENCIÓN O SEGUIMIENTO.
18	PRODUCTOS A ENTREGAR POR EL PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN: HISTORIA CLÍNICA: COMPLETAR Y DILIGENCIAR LA HISTORIA CLÍNICA ESTABLECIDA EN LA SISS PARA CADA USUARIO ATENDIDO. ÓRDENES MÉDICAS: GENERAR ÓRDENES MÉDICAS SOLO SI EL USUARIO PERTENECE A PNA, CAPITAL SALUD O A UNA EAPB CON CONTRATO VIGENTE CON LA SUBRED.
19	FORTALECER ESAS CAPACIDADES MEDIANTE ORIENTACIÓN, EDUCACIÓN Y REFUERZO POSITIVO. MOTIVAR LA PRÁCTICA CONSTANTE DE HÁBITOS SALUDABLES Y LA PARTICIPACIÓN ACTIVA EN SU AUTOCUIDADO Y BIENESTAR FAMILIAR.
20	CONTACTAR AL ESPECIALISTA DE LA SUBRED CUANDO SE NECESITE APOYO PARA RESOLVER UN CASO EN CAMPO. EXPONER LA SITUACIÓN CLÍNICA DE FORMA CLARA Y PRECISA. RECIBIR ORIENTACIÓN EN TIEMPO REAL (TELEASISTENCIA) PARA APOYAR EL MANEJO DEL CASO. APLICAR LAS RECOMENDACIONES DADAS Y REGISTRARLAS EN LA ATENCIÓN

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:	Nº 9490654013 - 9492261621	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/09/11	\$ 300.004
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/09/11	\$ 384.005
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/11	\$ 58.465
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 742.474

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 ibr 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



JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA

PS_5851_2025_223ABI

JORDAN ALEXIS SANTIAGO MEDINA

CC: 1023953423

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO



BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

PS_5851_2025_223ABI

BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO

SUPERVISOR DEL CONTRATO