

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-10-2025)

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	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 7.500.024
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/08/15	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/10/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/10/01 AL 2025/10/31		



DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON
PS_6184_2025_68D777

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 O LOGRO VALORAR DE MANERA INTEGRAL EL ESTADO DE SALUD DE LOS USUARIOS |
| 2 | SE IDENTIFICARON LOS PRINCIPALES CAMBIOS EN EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES VISTOS |
| 3 | se lograron identificar oportunamente factores de riesgo con el fin de prevenirlos y derivarlos para su manejo oportuno |
| 4 | se lograron identificar y potenciar capacidades para promover el cuidado de la salud. |
| 5 | se logró construir concertadamente con el usuario el plan de cuidado. |
| 6 | se lograron realizar los registros en el formato de historia clínica para cada RIA establecido por la SISS. |
| 7 | 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. |
| 8 | se logró llamar al auxiliar de enfermería del grupo familiar para agendar cita con especialistas. |
| 9 | se logró ordenar los exámenes diagnósticos de acuerdo con la guía de práctica clínica respectiva |
| 10 | se logró establecer la prioridad de la familia (alta, media o baja) según las condiciones clínicas de cada uno de los integrantes. |
| 11 | 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 |
| 12 | 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. |
| 13 | 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. |
| 14 | 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 |
| 15 | se logró entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin. |
| 16 | se logró realizar la canalización SIRC para usuarios de otras EAPB sin contrato vigente con la subred |
| 17 | se socializaron los controles médicos a gestantes con MME o sífilis gestacional y a pacientes crónicos afiliados a Capital Salud subsidiado. |
| 18 | se logró realizar valoraciones integrales en jornadas de salud |
| 19 | se logró detectar tempranamente alteraciones, formular y educar en salud |
| 20 | se logró asistir a las capacitaciones, comités y convocatorias programadas |
| 21 | 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 |
| 22 | se logró realizar valoraciones integrales en las jornadas de salud. |
| 23 | se logró cumplir con las demás actividades relacionadas con el objeto contractual asignadas por el supervisor. |

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 (2025-10-01) AL (2025-10-31)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL


No. DE PLANILLA:	N° 90590303	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/10/10	\$ 375.004
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/10/10	\$ 480.005
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/10/10	\$ 73.081
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 928.090

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	 <p><i>DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON</i> <i>PS_6184_2025_68D777</i></p> <hr/> <p>DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON CC: 1070943666</p>
---------------------------------------	---

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> <i>PS_6184_2025_68D777</i></p> <hr/> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>
--	---