

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

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:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON
PS_6184_2025_4608F6

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:	\$ 26.750.086	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 7.500.024
---	---------------	--	--------------

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	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 VISTO
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 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.
12	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
13	se logró entregar al grupo de gestión familiar el reporte de las atenciones realizadas por los profesionales en la herramienta prevista para tal fin.
14	se logró realizar valoraciones integrales en jornadas de salud
15	se logró detectar tempranamente alteraciones, formular y educar en salud
16	se logró asistir a las capacitaciones, comités y convocatorias programadas
17	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
18	se logró realizar valoraciones integrales en las jornadas de salud.
19	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 (2025-11-01) AL (2025-11-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 91523896	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/18	\$ 375.000
PENSIÓN:	PROTECCION	2025/11/18	\$ 480.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/11/18	\$ 73.080
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 928.080

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 ningún 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

<p>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	 <p><i>DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON</i> PS_6184_2025_4608F6</p> <hr/> <p>DIEGO ALEJANDRO FETECUA GARZON CC: 1070943666</p>
<p>FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO</p>	 <p><i>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO</i> PS_6184_2025_4608F6</p> <hr/> <p>BERTHA SOFIA DIAZ QUEVEDO SUPERVISOR DEL CONTRATO</p>