

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-09-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	EXPEDITO BADILLO AYALA			CC:	8746509	
CORREO ELECTRÓNICO:	EXPECRISMO@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3006769230	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 25 69D 51 AP 621			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DE BOGOTA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	102558111	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 1570 2025	N° CDP:	2526	N°. RP:	0	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: NUEVE (9) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/09/01			
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/09/01 AL 2025/09/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 8.030.820					
 EXPEDITO BADILLO AYALA PS_1570_2025_36BF00 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: EXPEDITO BADILLO AYALA CC: 8746509 CEL: 3006769230						

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

EXPEDITO BADILLO AYALA

CON C.C N°

8.746.509

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO CIRUJANO CARDIOVASCULAR EN CUIDADO INTENSIVO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.
----------------------	--

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 1570 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
---	--------------	-----------------------	------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 50.479.440	No. HORAS EJECUTADAS	84
----------------------------	---------------	----------------------	----

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 94.075.320	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 8.030.820
--	---------------	---	--------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	NUEVE (9) MESES
---	-----------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA
------------------------	--------------------------

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. Realizo valoración de pacientes del servicio de cuidado critico durante cada uno de los turnos asignados en el cual se realiza la evolución, ajustes en el manejo y definición de conductas de acuerdo con la experticia clínica y las guías y protocolos institucionales de manera oportuna y pertinente orientadas al mejoramiento de la salud del paciente. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
2. Brindo una atención en salud oportuna, integra, suficiente y pertinente Realizo la evolución escrita de los pacientes valorados, así como el seguimiento e interpretación de laboratorios y otros medios diagnósticos en un a ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
3. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
4. Realizo las actividades asistenciales según las necesidades de la SUBRED dando cobertura en las unidades donde sea requerido de acuerdo con la programación de actividades.
5. Informo al paciente y su familia sobre la condición clínica, plan de manejo, atención y recomendaciones de egreso, conocer el grado de satisfacción sobre los servicios prestados y resuelvo inquietudes relacionadas con el proceso de atención, todo de acuerdo al protocolo institucional de entrega de información.
6. Durante el proceso de atención se respetaron los derechos del paciente, y se aplicó lo dispuesto en la Ley de ética médica, atendiendo a las demás disposiciones legales aplicables a la práctica profesional.
7. Se instruye a la comunidad al momento de dar información médica, así como al alta hospitalaria con la activación de las RIAS Registro en historia clínica electrónica en el sistema de información Dinámica Gerencial Hospitalaria, firmadas electrónicamente con mis credenciales (usuario y contraseña) en los formatos definidos de cuidado crítico y nota hospitalaria.
8. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
9. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
10. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
11. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
12. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
13. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
14. Los registros clínicos se hicieron completos y oportunos, con una correcta redacción y digitación en la historia clínica electrónica del paciente, respaldando lo actuado con la firma electrónica. resguardada con mi usuario personal e intransferible y la respectiva contraseña.
15. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
16. Los equipos, elementos e instalaciones puestos a disposición para el desarrollo de mis actividades fueron usados racionalmente, no se presentaron daños ocasionados en cumplimiento o con ocasión de la prestación de mis servicios a la Subred.
17. Participo de forma activa en las actividades del servicio y jornadas de capacitación, inducción, reuniones, comités y eventos a los cuales soy convocado programadas por el referente del servicio y la SUBRED, así como en actividades académicas del servicio y las convocadas desde gestión del conocimiento como se evidencia en las listas de asistencia y actas de reuniones.
18. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.
19. Se presta el apoyo necesario para dar respuesta a objeciones iniciales evitando así que se genere Glosa Definitiva o procesos de Conciliación por parte de EPS-S-EAPB cuando esta actividad es requerida por el líder del servicio. Registros de notas aclaratorias en dinámica gerencial.

Respuesta a correos.

20. Notifico los sucesos de seguridad que se presentaron durante el proceso de atención, participó en los análisis a los que soy convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. Aplicativo Almera.

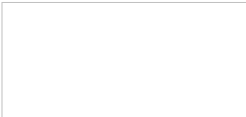
21. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.

22. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.

23. Cumpló oportunamente con las recomendaciones, oportunidades de mejora, actas de compromiso y demás solicitudes de la Supervisión y de la Oficina de Calidad.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
<i>SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.</i>			
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, <u>CERTIFICO</u> 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° 9491739281	OPERADOR:	APORTES EN LINEA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SURA	2025/09/12	\$ 732.300
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/09/12	\$ 996.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/09/12	\$ 142.800
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.871.100
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			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	 EXPEDITO BADILLO AYALA PS_1570_2025_36BF00 EXPEDITO BADILLO AYALA CC: 8746509		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS PS_1570_2025_36BF00 DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS SUPERVISOR ALTERNO		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA PS_1570_2025_36BF00 DIANA CARMIÑA LUNA BOTIA SUPERVISOR DEL CONTRATO		



NIT 8746509 - 8
calle 25 A 9-111 casa 24
3006769230
expecrisma@gmail.com
Chía

EXPEDITO BADILLO AYALA

Autorización de numeración de facturación electrónica
No. 18764097141613 de 16/08/2025 al 16/08/2027
Habilita numeración de:
No. 1072 al 1132
Responsabilidad Fiscal: R-99-PN No Aplica - Otros
Pertenezco al Regimen Simple de tributacion No hacer retencion en la
fuente ni retencion de ICA.

Cliente:	SUBRED INTEGRADA SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE NIT 900959051 - 7	Factura electrónica de venta No. EBA1073
Dirección:	Cra. 14b #1-45	Fecha de emisión: 15/09/2025
Código cliente:	SUBRED SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE	Fecha de vencimiento: 15/10/2025
Teléfono:	3444484	Plazo (Días): 30
Dirección Despacho:		Codigo de moneda: COP
Contacto:		Tasa Cambio
Ciudad:	Bogotá, D.C	Orden de compra
Departamento:	Bogotá	Remisión
País:	Colombia	Pedido
		Asesor
		Aviso de Recibo

Item	Referencia	Descripción	Cant.	Unidad de Medida	Precio Unitario	Cargos y Descuento	Impuestos	Rte Fte	Total
1		PRESTACION DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS DEL PERIODO DEL 1 AL 30 SEPTIEMBRE DEL 2025	84.00	hora de trabajo	\$ 95.605,00	\$ 0,00			\$ 8.030.820,00

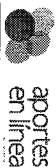
Total de items: 1

Observaciones:	Subtotal: \$ 8.030.820,00
Son: OCHO MILLONES TREINTA MIL OCHOCIENTOS VEINTE CON CERO	
Forma de pago: Crédito	Impuestos: \$ 0,00
Medio de pago: Transferencia Débito Interbancario	Retenciones: \$ 0,00
	Descuentos de la factura: \$ 0,00
	Cargos de la factura: \$ 0,00
	Anticipos: \$ 0,00
	Total: \$ 8.030.820,00
	Neto a pagar: \$ 8.030.820,00

Este documento corresponde a la representación gráfica de una factura electrónica de venta. Confirme el CUFE mediante lectura de este código bidimensional:

CUFE 548ec204d3bb19a90256cf2676fedfcbcd90b28c0d923f6b215739158251a46bac90603b9c008f2d869b164b8fe505e3





Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 8746309		BASILIO AYALA EXPERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 35 # 9-111 casa 24	CHIA-CUNDINAMARCA	3382328	NO	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Fecha		Pago			
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-08	2025-08	1271800449	9491739281		2025/09/03	2025/09/12	BANCO ITAU	9	\$1,882,000
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	dv	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$996,000	\$5,800	\$0		\$1,001,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$996,000	\$5,800	\$0		\$1,001,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$142,800	\$900	\$0		\$143,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$142,800	\$900	\$0		\$143,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$732,300	\$4,200	\$0		\$736,500
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$732,300	\$4,200	\$0		\$736,500
TOTAL				1	\$1,871,100	\$10,900	\$0		\$1,882,000