

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-11-2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	RICARDO ANDRES DEVIA AYALA		CC:	86057616	
CORREO ELECTRÓNICO:	DEVIA_RICARDO@HOTMAIL.COM		TELÉFONO:	3186418959	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 79 # 19 20		CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	ITAU (Helm Bank)	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	765074405

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 1634 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 11.581.800
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	2025/11/30
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/11/01 AL 2025/11/30		



RICARDO ANDRES DEVIA AYALA
PS_1634_2025_246243

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

RICARDO ANDRES DEVIA AYALA

CC: 86057616

CEL: 3186418959

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

RICARDO ANDRES DEVIA AYALA

CON C.C N° 86.057.616

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO MEDICO INTERNISTA 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 1634 2025	FECHA INICIO CONTRATO	2025/01/01
--	---------------------	------------------------------	-------------------

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 54.048.400	No. HORAS EJECUTADAS	120
-----------------------------------	---------------	-----------------------------	------------

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 150.080.825	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 11.581.800
---	----------------	--	---------------

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	ONCE (11) MESES
--	------------------------

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

NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
-------------------------------	---------------------------------------

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 Medicina Interna 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
3. y otros medios diagnósticos en un ambiente de atención humanizada de acuerdo a los estándares de habilitación y acreditación. Registro en los diferentes formatos de historia clínica de dinámica gerencial.
4. Presto servicios asistenciales respetando la autonomía institucional de la SUBRED, su visión, misión, estructura orgánica, reglamentos administrativos, técnicos, científicos y disciplinarios.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente con el diligenciamiento de fichas de notificación a SIVIGILA.
10. Emito conceptos médicos que se requieran, de conformidad a mi especialidad.
11. Realizo resúmenes de historia clínica, epicrisis y otros documentos asistenciales o administrativos que me sean solicitados.
12. Además, diligencio el formato de entrega de turno institucional.
13. Tengo disposición de participar en la programación de actividades del servicio y todo lo requerido. Se registra en dinámica gerencial.
14. En los casos que aplique doy respuesta a requerimientos urgentes.
15. 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.
16. Los formatos manuales se cumplimentaron en todos sus campos garantizando legibilidad y responsabilizándome de lo registrado con firma, nombre y número de documento.
17. 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.
18. 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.
19. Participo en la elaboración, actualización, implementación y adherencia de guías, manuales, procedimientos y protocolos que aplican al servicio.

1

20. 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.
21. 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.
22. Se diligencia y reporta oportunamente los certificados de estadísticas vitales de acuerdo a la normatividad vigente.
23. Informo oportunamente al supervisor del contrato sobre las novedades presentadas durante el cumplimiento de mis obligaciones.
24. 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

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° 7991333732	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/11/18	\$ 758.200
PENSIÓN:	COLPENSIONES	2025/11/18	\$ 1.031.400
RIESGOS LABORALES:	COLMENA	2025/11/18	\$ 147.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 1.937.500

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



RICARDO ANDRES DEVIA AYALA

PS_1634_2025_246243

RICARDO ANDRES DEVIA AYALA

CC: 86057616

FIRMA DE QUIEN VALIDA



DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

PS_1634_2025_246243

DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS

SUPERVISOR ALTERNO



JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS

PS_1634_2025_246243

JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS
SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	86057616
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	RICARDO ANDRES DEVIA AYALA DEVIA AYALA		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 79 19 20 TORRE 1 1205	TELÉFONO:	8888888
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7991333732	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2025	SALUD:	AÑO: 2025
DÍAS DE MORA:	11		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/11/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1929931240

NOVEDADES																	
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 1.031.400
SUBTOTAL:				1	\$ 1.031.400
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.		1	\$ 758.200
SUBTOTAL:				1	\$ 758.200
RIESGOS PROFESIONALES					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
8002261753	14-25	14-25-COLMENA		1	\$ 147.900
SUBTOTAL:				1	\$ 147.900

VALOR SIN MORA:	\$ 1.923.800
VALOR MORA:	\$ 13.700
TOTAL PAGADO:	\$ 1.937.500



Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
<input type="checkbox"/>	1. PS 1634 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	1. PS 1634 2025 CUENTA COBRO ENERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2. PS 1634 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	2. PS 1634 2025 CUENTA COBRO FEBRERO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3. PS 1634 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	3. PS 1634 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

<input type="checkbox"/>	5. PS 1634 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	5. PS 1634 2025 CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	6. PS 1634 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	6. PS 1634 2025 CUENTA DE COBRO JUNIO 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	1 PS 1634 2025 CRP-4587.pdf	1 PS 1634 2025 CRP-4587.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	2 PS 1634 2025 CRP-13458.pdf	2 PS 1634 2025 CRP-13458.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1634 2025 16-07-2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR PS 1634 2025 16-07-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	7. PS 1634 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	7. PS 1634 2025 CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	3 PS 1634 2025 CRP-18874.pdf	3 PS 1634 2025 CRP-18874.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	8. PS 1634 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	8. PS 1634 2025 CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1634 2025.pdf	COMUNICACION SUPERVISOR 8-9-2025 PS 1634 2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	9. PS 1634 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	9. PS 1634 2025 CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
<input type="checkbox"/>	10. 1634 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	10. 1634 2025 CUENTA DE COBRO OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

< >

RICARDO ANDRES DEVIA AYALA

NIT: 86057616-5

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

C R 79 19 20, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 6022292348

Email. devia_ricardo@hotmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764087091150 válida desde 2025-01-13 hasta 2027-01-13 rango desde FERD51 hasta FERD150.

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE ESE
NIT : 900959051
Dirección: CARRERA 14B 1 45 SUR, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia
Teléfono: 3232828
Email: radicacionfacturaelectronica@subredcentrooriente.gov.co

Forma de Pago: Crédito
Medio de Pago: Transferencia Débito Bancaria
Fecha de Pago: 30/11/2025
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : FERD61
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 09:56:40-05:00
FECHA FIRMADO: 14/11/2025 09:56:44

FECHA DE EMISIÓN **FECHA DE VENCIMIENTO**

DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
14	11	2025	30	11	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	003	HONORARIOS COMO MEDICO INTERNISTA HOSPITALIZACION	94	120,00	\$96.515,00				0,00	\$11.581.800,00

Notas:
PERIODO FACTURADO DEL 1RO AL 30 DENOVIEMBRE DE 2025

SON: (once millones quinientos ochenta y un mil ochocientos pesos)
CUFE: c791d5235782ab0dcbcc035fbcdf74b836fdf4f7bbad6d020ef87498b192331cfbefeee4e0f43d6b96db0b284321440bab

Subtotal:	\$11.581.800,00
Cargos:	\$0.00
Descuento:	\$0.00
Total:	\$11.581.800,00

Firma Digital: RuLXGn+wUDTsnuj0eeX/8qsyiL9XfVXG8ZlxjuniQ3srBHNIK5sBqMwATPZSTJWasmXj1Czt0j9V1+Htlu8xmHvQEhjiO/w2V0UgVj7SXMvw6H0L2vRit8gvYKXkW4+d ZeMKTvAMKjSEfzqusSn55mL57HIFd1/D5XaSTNYWgzdtQIME5O9MApkQ6HYcb IF7Vg8XEWGTEEnKbjG3OTOVJqgcuzp07Kwiz9K5AiaQpTKaH6N0F+gNYOpogRIQ4Y 7V6sURG2JCbeaFIHvsT3rbz1bMIPSRz4GCxiUqKsbZvQaTeS6+s8BphbVBD5tPqQ MYZZ2nKrH1g4zDMWWAZ+1W==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

