Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-014** **VERSIÓN: 7** **FECHA: 2025-06-09**

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-04-2026)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	**CARLOS EDUARDO UMBARILA RODRIGUEZ**			**CC:**	**1018411047**
CORREO ELECTRÓNICO:	**CARLOSUMRO@HOTMAIL.COM**			**TELÉFONO:**	**3163491628**
DIRECCIÓN DOMICILIO:	**CL 169A 62 87**			**CIUDAD:**	**BOGOTA**
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**BANCOLOMBIA**	**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**10165920843**
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	**PS 1616 2026**	**VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO**			**$ 17.662.245**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**2026/02/01**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**			**2026/05/31**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	**DEL 2026/04/01 AL 2026/04/30**				

CARLOS EDUARDO UMBARILA RODRIGUEZ
PS_1616_2026_6E9F68

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
CARLOS EDUARDO UMBARILA RODRIGUEZ
CC: 1018411047
CEL: 3163491628

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E** **APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO:** AP-IA-FT-077 **VERSIÓN:** 2 **FECHA:** 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y				
CARLOS EDUARDO UMBARILA RODRIGUEZ				
	CON C.C N°	**1.018.411.047**		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO MEDICO (A) ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-MEDICINA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 1616 2026**	**FECHA INICIO CONTRATO**	**2026/02/01**	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 71.807.160	**No. HORAS EJECUTADAS**	**183**	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 71.807.160	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 17.662.245	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CUATRO (4) 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	SE REALIZO ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS Y TERAPEUTICOS SEÑALADOS PARA EL MANEJO DE PATOLOGIAS ESTABLECIDOS DENTRO DEL PLAN DE ATENCION DE SU ESPECIALIDAD. 2. SE LLEVO REGISTRO DE LA ATENCION DE LOS PROCEDIMIENTOS, ACTIVIDADES E INTERVENCIONES, ASI COMO EN LA ACTUALIZACION DE INFORMES ESTADISTICOS DEFINIDOS POR LA NORMATIVIDAD VIGENTE Y TODOS AQUELLOS REGISTROS NECESARIOS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LOS PROCESOS DE COSTOS Y FACTURACION. 3. SE LLEVO CUMPLIMIENTO CON LAS EXIGENCIAS LEGALES Y ETICAS PARA EL MANEJO ADECUADO DE LA HISTORIA CLINICA. 4. SE PARTICIPO EN ACTIVIDADES DEL AREA 5. SE REALIZO NOTIFICACION OBLIGATORIA CON LA OPORTUNIDAD ESTABLECIDA EN LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 6. SE REALIZO RESUMENES DE HISTORIA CLINICA, EPICRISIS U OTROS DOCUMENTOS ASISTENCIALES O ADMINISTRATIVOS SEGUN SE REQUIERA. 7. SE REALIZO NOTIFICACION DE SUCESOS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO PARTICIPAR EN LOS ANALISIS A LOS QUE SEA CONVOCADO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO. 8. SE IMPARTIO INSTRUCCIONES AL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS AL PACIENTE. 9. SE DILIGENCIO EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRALIDAD. 10. SE DILIGENCIO EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ACORDE CON LA ATENCION BRINDADA. 11. SE REALIZO SEGUIMIENTO Y CONTROL A PACIENTES EN LOS QUE SE REQUIERA SU PARTICIPACION. 12. SE DIO INFORMACIO AL PACIENTE Y SU FAMILIA SOBRE SU CONDICION, PLAN DE MANEJO Y ATENCION. 13. SE EMITIO CONCEPTOS MEDICOS QUE SE LE REQUIERAN. 14. SE APOYO EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA NORMATIVIDAD VIGENTE. 15. SE IMPLEMENTO Y DIO CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS, GUIAS, MANUALES PROTOCOLOS Y DEMAS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD, ADEMAS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS. 16 SE APOYO A LA ENTIDAD EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INTERINSTITUCIONALES Y EXTRA INSTITUCIONALES, RELACIONADAS CON EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES CONTRACTUALES. 17. SE PARTICIPO EN LA ELABORACION Y ACTUALIZACION DE LOS MANUALES DE NORMAS PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS ASISTENCIALES DEL AREA. 18. SE REALIZO NOTIFICACION AL SUPERVISOR DEL CONTRATO CUALQUIER NOVEDAD QUE AFECTE EL CUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. 19. SE REALIZO APOYO A LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL PROCESO DE ACREDITACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E

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 (2026-04-01) AL (2026-04-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	N° 9503031055	OPERADOR:	APORTES EN LINEA

CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2026/04/13	$ 984.500
PENSIÓN:	PORVENIR	2026/04/13	$ 1.339.000
RIESGOS LABORALES:	SURA	2026/04/13	$ 191.900
OTRO			
TOTAL PAGADO			$ 2.515.400

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	*CARLOS EDUARDO UMBARILA RODRIGUEZ* *PS_1616_2026_6E9F68* **CARLOS EDUARDO UMBARILA RODRIGUEZ** **CC: 1018411047**
FIRMA DE QUIEN VALIDA	*DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS* *PS_1616_2026_6E9F68* **DEISY YANETH HENAO VILLALOBOS** **SUPERVISOR ALTERNO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	*JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS* *PS_1616_2026_6E9F68* **JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS** **SUPERVISOR DEL CONTRATO**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018411047		UMBARILA RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 169a 62 87 bogota	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6183385	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	219915937	9503031055	I	2026/04/14	2026/04/13	BANCOLOMBIA	0	$2,515,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	Ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	Irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1018411047	UMBARILA CARLOS									X									230301	30	$7,876,000	$1,339,000	EPS005	30	$7,876,000	$984,500		0	$0	$0	14-11	30	$7,876,000	$191,900	0	$0	$0	No	$2,515,400
Total	**Afiliados(1)**																						$7,876,000	$1,339,000			$7,876,000	$984,500			$0	$0			$7,876,000	$191,900		$0	$0		$2,515,400

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1018411047		UMBARILA RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 169a 62 87 bogota	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6183385	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	219915937	9503031055	I	2026/04/14	2026/04/13	BANCOLOMBIA	0	$2,515,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,339,000	$0	$0	$1,339,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,339,000	$0	$0	$1,339,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$191,900	$0	$0	$191,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$191,900	$0	$0	$191,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$984,500	$0	$0	$984,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$984,500	$0	$0	$984,500
TOTAL				**1**	**$2,515,400**	**$0**	**$0**	**$2,515,400**