

	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: (30-06-2026)				
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				
N° DEL CONTRATO:	PS 1616 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 13.319.070
FECHA DE INICIO CONTRATO	2026/02/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2026/07/31
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2026/06/01 AL 2026/06/30			
<div> CARLOS EDUARDO UMBARILA RODRIGUEZ PS_1616_2026_B9B2B8</div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARLOS EDUARDO UMBARILA RODRIGUEZ CC: 1018411047 CEL: 3163491628</div>				

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-1A-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	
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 71.807.160		No. HORAS EJECUTADAS	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 104.043.170		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		SEIS (6) MESES			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		JESUALDO ENRIQUE BRACHO VARGAS			
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 INFORMACION 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	



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE														
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF						
CC 1018411047		UMBARILA RODRIGUEZ CARLOS EDUARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 169a 42 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						
2026-05	2026-05	385163481	9506271172	I	2026/06/11	2026/06/12	BANCOLOMBIA		1						\$1,709,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																															
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF					RIESGOS					PARAFISCALES						
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte					
1	CC 1018411047	UMBARILA CARLOS	230101	30	\$5,520,658	\$883,400	EP5005	30	\$5,520,658	\$690,100		0	\$0	\$0	14-11	30	\$5,520,658	\$134,500		0	\$0	\$0			\$0	\$0					
Total Afiliados (1)					\$5,520,658	\$883,400	\$5,520,658					\$690,100					\$0					\$5,520,658					\$134,500				

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$883,400	\$700	\$0	\$884,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$883,400	\$700	\$0	\$884,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$134,500	\$100	\$0	\$134,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$134,500	\$100	\$0	\$134,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$690,100	\$600	\$0	\$690,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$690,100	\$600	\$0	\$690,700
TOTAL				1	\$1,708,000	\$1,400	\$0	\$1,709,400