

15	Doy cumplimiento con lo establecido en las normas y protocolos de la institución en cuanto a el uso del uniforme y elementos de protección dentro de las áreas asignadas,
16	Se Realiza cumplimiento según protocolo carro paro, secuencia y verificación candelados de seguridad, registros oportunos según formatos establecidos teniendo en cuenta el registro de temperatura y descarga. Desfibrilador en el servicio asignado.
17	Se Porto el carnet institucional de la Subred durante la ejecución de actividades contractuales.
19	Se hace verificación y supervisión de protocolo limpieza y desinfección con el personal a cargo y su respectivo registro.
20	Se cumplen las actividades propias de la profesión de conformidad con las normas y/o reglamentos de acuerdo al objeto contractual y las necesidades del servicio, acorde a las guías y protocolos institucionales en el proceso de atención de enfermería.
21	Se ejecutan los procedimientos y cuidados a los pacientes que requieren manejo en el programa de clínica de heridas.
22	Se Supervisan las actividades del personal auxiliar de enfermería mediante supervisión directa e indirecta, observando realización de procedimientos y revisando registros de enfermería.
23	Se realizar la programación de las actividades del servicio tanto para la atención de los pacientes hospitalizados como de las agendas en pacientes ambulatorios.
24	Apoyo continuamente las actividades relacionadas con el proceso de acreditación y habilitación de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E
25	cuando se requiere se Coordinar el apoyo técnico multidisciplinario con otras áreas y/o servicios cuando la atención del paciente de consulta externa y hospitalización así lo amerite.
26	Participo en la elaboración de protocolos, manuales y guías del servicio cuando se necesita.
28	Se apoya de en gestión y operación de: BAI, SIVIGILA, IAAS, EEVV, Patologías y Eventos de Alto Costo, seguimiento y monitoreo de Cohortes según grupos de riesgo priorizados en el marco del MAITE.
29	cuando se Requiera se realiza el diligenciamiento de los RIPS, de conformidad a la normatividad vigente y requerimientos institucionales.
30	se Realiza la búsqueda activa de usuarios en el servicio de Hospitalización y Ambulatorio con criterio de ingreso al programa que lidera.
31	Se Realiza los registros en DHG historia clínica de Enfermería.
V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL	
Nº. DE PLANILLA:	86528153
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD
SALUD:	SANITAS
PENSIÓN:	PROTECCION
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA
OTRO	CCF
TOTAL PAGADO	\$ 668.300
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA	
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo 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 afiliación 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 periodo correspondiente	
 JUEHAN CAMILO REY AGUILÓN C.C: 1015480861 CEL: 3508205378	



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: 6
FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31/05/2025)

NOMBRES Y APELLIDOS:	JULIAN CAMILO REY AGUILLON	CC:	1015480861
CORREO ELECTRÓNICO:	MEDICAL.JULIAN.REY@GMAIL.COM	RUT (NIT):	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	AK 16 8 31 SUR	TELÉFONO:	3508205378
		CIUDAD:	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	()

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación

SI ()

NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	550488400353170
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLIEGABLE)					

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

Nº DEL CONTRATO:	PS 5106 2025	Nº. CDP:	1265	Nº. RP:	15608	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS : 3 MESES Y 11 DIAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	19/03/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/06/2025			VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: 13355988

PERIODO OBJETO DE COBRO: DEL 1/05/2025 AL 31/05/2025

VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	S 5.513.940 ✓
	CINCO MILLONES QUINIENTOS TRECE MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ✓

Julian Rey
JULIAN CAMILO REY AGUILLON
1015480861
3508205378

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E		CÓDIGO: AP-IA-FT-078	
		APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN		VERSIÓN: 2	
		FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION		FECHA: 2024-09-16	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y					
JULIAN CAMILO REY AGUILLO					
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD 1.015.480.861					
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS					
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO ENFERMERO (A) PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5106 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
				19/03/2025	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 3		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 5.513.940	
Nº PAGO / Nº DE INFORME:		2		Nº CRP INICIAL: 11723	
				Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO 924	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		3 MESES Y 11 DIAS			
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		86528153		OPERADOR: MI PLANILLA	
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		ENFERMERIA			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		2LV HOSPITAL LA VICTORIA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		NATALY DUQUE SALAZAR			
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES					
Nº DE MODIFICACIÓN:		Nº 1		TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):	
				Nº 1	
VALOR ADICIONADO		\$ 6.916.251		CDP DE LA ADICIÓN: 1265	
				RP DE LA ADICIÓN: 15608	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO: DOS (2) MESES	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO				TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)					
Nº DE PÓLIZA:		XX		NOMBRE DE LA ASEGURADORA: XX	
FECHA DE LA PÓLIZA		DD/MM/AAAA		ACTO ADMINISTRATIVO DE XX	
IV. 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 cláusula "Forma de Pago, CERTIFICO el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 1/05/2025 al 31/05/2025					
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		NATALY DUQUE SALAZAR Enfermero Codigo 243 Grado 20			

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO
CC	1015480861	JULIAN CAMILO REY AGUILLO	AK 15 #8-31 SUR	3508205378
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO
UNICA	1 - Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
2025-04	2025-04	1	12/05/2025	86528153
				TOTAL A PAGAR
				\$668,300

DETALLE POR COTIZANTE																														
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES			
No.	Tip	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	IBCF APP	Cód. APP	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de subsidencia	Cód. EPS	IBCF EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBCF ARL	Cotización	Código CCF	IBCF CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SEHA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
1	CC	1015480861	REY AGUILLO JULIAN CAMILO	59	0	N																								
								</																						

PAGADA

Contrato PS 2100 222



compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	1015480661	JULIAN CAMILO REY AGUILON	AX 16 #8-31 SUR	3508205378	jrey@unal.edu.co				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	1- Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/SEÑAL)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/SEÑAL)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD				
					EMPLADOS	UPC			
					1	0			
					TOTAL A PAGAR				
					\$668.300				

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Total a Pagar
EPS005	Santas EPS	800251440-6	270.000	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
					0	0	0	0	270.000
									1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solididad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Protección (ING + Protección)	800229739-0	345.600	0	0	0	0	0	0	0	0	345.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solididad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	86001153-6	52.700	No. Autorización	Valor	52.700	0	0	52.700	Saldo a Favor	527	52.700	52.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora		
Salud	1	270.000	270.000	270.000
Pensión	1	345.600	345.600	345.600
Riesgos Laborales	1	52.700	52.700	52.700
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	668.300	668.300	668.300