

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 (2026-06-01) AL (2026-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 10821151219	OPERADOR:	SIMPLE
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	2026/06/16	\$ 218.900
PENSIÓN:	SIN DATO	2026/06/16	\$ 0
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2026/06/16	\$ 42.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 261.600

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	 EFRAIN JIMENEZ BERNAL PS_2277_2026_5C5B5A EFRAIN JIMENEZ BERNAL CC: 79700557
FIRMA DE QUIEN VALIDA	 NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON PS_2277_2026_5C5B5A NESTOR DANIEL SANDOVAL RINCON SUPERVISOR ALTERNO
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	 NATALY DUQUE SALAZAR PS_2277_2026_5C5B5A NATALY DUQUE SALAZAR SUPERVISOR DEL CONTRATO

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

CON C.C N° 79.700.557

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS COMO CAMILLERO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS-ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. PS 2277 2026 FECHA INICIO CONTRATO 2026/02/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO \$ 9.114.000 No. HORAS EJECUTADAS 270

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 19.845.000 VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: \$ 3.307.500

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS SEIS (6) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR: NATALY DUQUE SALAZAR

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 RECIBIR Y ENTREGAR TURNO INFORMANDO PENDIENTES Y NOVEDADES DE PACIENTES DE LOS SERVICIOS ASIGNADOS, TRAMITES EN GESTION, ASI MISMO ENTREGANDO INVENTARIO DE ELEMENTOS ASIGNADOS. 2. TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS SERVICIOS, VERIFICANDO LA DISPONIBILIDAD DE LA CAMA, CONDICIONES DE SEGURIDAD E INTEGRIDAD DEL PACIENTE (BARANDAS ARRIBA, OXIGENO, PROTEGIENDO AL PACIENTE DEL FRIO, Y CUIDADO DE SU INTIMIDAD) 3. TRASLADAR LAS MUESTRAS BIOLOGICAS AL LABORATORIO CLINICO, DE FORMA OPORTUNA Y CON LAS CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD Y CONSERVACION ADECUADAS. 4. TRAMITAR LA FACTURACION DE ORDENES DE SERVICIO EN FORMA OPORTUNA (LABORATORIOS, ECOGRAFIAS, RAYOS X, ETC.). 5. TRASLADAR LOS EQUIPOS MENORES, VELANDO POR LA INTEGRIDAD Y SEGURIDAD DE LOS MISMOS. 6. TRASLADAR INSUMOS MEDICO QUIRURGICOS DESDE FARMACIA AL SERVICIO DE ACUERDO A LA NECESIDAD DEL SERVICIO. 7. RESPONDER POR EL INVENTARIO QUE SE LE HA ASIGNADO, UTILIZANDO ADECUADAMENTE LOS EQUIPOS Y ELEMENTOS SUMINISTRADOS PARA LLEVAR A CABO SU ACTIVIDAD. 8. REALIZAR LA LIMPIEZA Y DESINFECCION DE LOS EQUIPOS ASIGNADOS, DE ACUERDO AL MANUAL. 9. ASUMIR DE FORMA RESPONSABLE Y RESPETUOSA LA RELACION LABORAL CON COMPAÑEROS. 10. CONSERVAR, MANTENER Y GARANTIZAR LA RESERVA LEGAL DE LA HISTORIA CLINICA. 11. ASISTIR A LAS REUNIONES DEL GRUPO FUNCIONAL Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR LA ENTIDAD, CONFORME A SUS ACTIVIDADES. 13. INFORMAR DAÑOS DE EQUIPOS O ACCIDENTES OCURRIDOS DURANTE EL TRASLADO DE PACIENTES. 15. TRASLADAR LOS PACIENTES FALLECIDOS A LA MORGUE Y UBICARLOS EN LA NEVERA DESTINADA PARA TAL FIN CONSERVANDO EL CUIDADO E INTEGRIDAD DEL PACIENTE. 16. REALIZAR TRASLADO DE LOS PACIENTES A LOS DIFERENTES EXAMENES Y VALORACIONES REQUERIDAS, EN FORMA OPORTUNA Y SEGURA. 19. OFRECER TRATO CON CALIDEZ Y CALIDAD AL PACIENTE Y LA FAMILIA, DANDO UNA ATENCION HUMANIZADA CONSERVANDO EL RESPETO POR LA DIGNIDAD HUMANA. 20. PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE CODIGO ROJO, CODIGO AZUL, RUTAS DE ATENCION Y DEMAS ATENCIONES DONDE SE REQUIERA. 21. CUMPLIR CON EL PROTOCOLO DE GESTION DE HEMOCOMPONENTES DE ACUERDO A SU PERFIL. 22. EJERCER LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DE CONFORMIDAD CON LAS NORMAS Y/O REGLAMENTOS DE ACUERDO AL OBJETO CONTRACTUAL Y LAS NECESIDADES DEL SERVICIO. 23. PORTAR EL CARNET DE IDENTIFICACION DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE Y USAR EL UNIFORME ESTABLECIDO POR LA INSTITUCION DURANTE LA EJECUCION DE LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. 24. CUMPLIR CON EL DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA OPORTUNA HOJA DE RUTA. 25 DAR CUMPLIMIENTO A GUIAS Y PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES Y SEGURIDAD DEL PACIENTE. 26 CUMPLIR CON PROTOCOLOS INSTITUCIONES DONDE SE INCLUYE RECIBO Y ENTREGA DE TURNO, TRASLADO DE PACIENTE, SUJECION TERAPEUTICA. 27. ATENDER LLAMADO

III. VERIFICACIÓN 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	

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2026)

NOMBRES Y APELLIDOS:	EFRAIN JIMENEZ BERNAL			CC:	79700557
CORREO ELECTRÓNICO:	EFRAINJIMENEZ498@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3164047800
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 5A ESTE 31C 87			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	008480366114

DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO

N° DEL CONTRATO:	PS 2277 2026	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.307.500
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		

 EFRAIN JIMENEZ BERNAL
PS_2277_2026_5C5B5A

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
EFRAIN JIMENEZ BERNAL
CC: 79700557
CEL: 3164047800



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-06-16, 10:21:16 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1082151219

Periodo Cotización: mayo de 2026

Periodo Servicio: mayo de 2026

Referencia pago (PIN): 8823616904

PAGADO 16/06/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EFRAIN JIMENEZ BERNAL		
Documento	CC79700557	Dirección	CR 5A ESTE #31 C - 87 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3164047800
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	RET	RET A	TAE	TAE A	TIP	TIP A	CCO	CCO A	CCF	CCF A	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 79700557	EFRAIN JIMENEZ BERNAL	59	02											(NIN-AF) NINGUNA AFP	\$ 0	\$ 0	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2,436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 261.600

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 0	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 261.600	\$ 0	\$ 261.600

Página 1 de 1

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Call: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.



Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO ESPECIAL DE RETIRO PROGRAMADO
NIT 900.394.960-0

CERTIFICA QUE:

EFRAIN JIMENEZ BERNAL, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía **79.700.557** se le reconoció **PENSIÓN** a partir del 13 de Julio de 2004 y actualmente se encuentra bajo la modalidad de Retiro Programado.

La presente certificación se expide el 25 de junio de 2026.

Cordialmente,



Gerente de Clientes



Tenga en cuenta:

- *Bajo la modalidad de Retiro Programado la pensión también es para toda la vida. Cuando fallece el pensionado, la mesada no termina pasa a sus beneficiarios de ley como hijos y esposa(o).*

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3

Filial de 