| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN | CÓDIGO: AP-CT-F-16-08<br>VERSIÓN: 8<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 28/07/2020 |

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **VANEGAS VANEGAS MASSIEL HELEN** | | | |
| **TIPO DE DOCUMENTO:** | **C.C X C.E** | **NO.** | **40930922** |
| CELULAR:<br>**3174342465** | CORREO ELECTRÓNICO:<br>**mhvv2@hotmail.com** | SEDE:<br>**HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR** | CENTRO DE COSTOS:<br>**HSBI05 - HOSP PEDIATRÍA USS SIMÓN BOLÍVAR** |
| PROCESO:<br>**DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS** | | SERVICIO:<br>**ASISTENCIAL** | |
| ENTIDAD FINANCIERA:<br>**BANCO DAVIVIENDA** | TIPO DE CUENTA:<br>**AHORROS** | NUMERO DE CUENTA BANCARIA:<br>**236870049723** | |
| **PENSIONADO:** | **SI No X** | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:<br>**1238-2026** | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO:<br>**4** | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **CDP 1** | 164 | **FECHA** | 22/01/2026 | **CRP 1** | 10194 | **FECHA** | 01/02/2026 |
| **CDP 2** | 703 | **FECHA** | 20/05/2026 | **CRP 2** | 18156 | **FECHA** | 22/05/2026 |
| **CDP 3** | 894 | **FECHA** | 22/06/2026 | **CRP 3** | 23783 | **FECHA** | 26/06/2026 |
| **CDP 4** | – | **FECHA** | – | **CRP 4** | – | **FECHA** | – |
| **CDP 5** | – | **FECHA** | – | **CRP 5** | – | **FECHA** | – |
| **CDP 6** | – | **FECHA** | – | **CRP 6** | – | **FECHA** | – |

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.**

| **PERIODO CERTIFICADO:** | **DESDE** | | | **HASTA** | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **DÍA** | **MES** | **AÑO** | **DÍA** | **MES** | **AÑO** |
| | **01** | **06** | **2026** | **30** | **06** | **2026** |

| | | |
|---|---|---|
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:<br>**$ 2.566.056** | TIPO DE SERVICIOS:<br>**ASISTENCIAL** | VALOR HORA / DÍA:<br>**$ 13.796** |

**OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)**

## CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

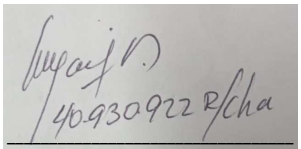
| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | **$ 14.982.456** |
| VALOR EJECUTADO | $ 12.168.072 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | **$ 2.814.384** |
| TOTAL HORAS CONTRATADAS | 186 |
| TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES | 204 |
| SALDO POR EJECUTAR | $ 2.814.384 |
| VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación) | $ 0 |
| **PORCENTAJE DE EJECUCIÓN** | **81.2 %** |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:** De conformidad al decreto 1273 de 2018, el supervisor certifica que los aportes pagados en la planilla de seguridad social (EPS, Pensiones y ARL) del mes anterior corresponden al periodo a certificar. **El supervisor del contrato hace constar que los datos registrados en la presente certificación de cumplimiento fueron debidamente revisados y son veraces.**

| IBC DE COTIZACIÓN Mes Vencido | APORTE SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSIÓN 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES | Número de Planilla Mes Vencido |
|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.750.905 | $ 219.800 | $ 281.300 | III | $ 42.900 | **$ 544.000** | 6019430383 |

Dado en Bogotá a los **30** días del mes de **Junio** del año **2026**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR**
ANDREA SANDOVAL CASTRO
CC: 52770916




**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**
VANEGAS VANEGAS MASSIEL HELEN
CC: 40930922

| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | **INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**<br>SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.<br>GESTIÓN CONTRACTUAL | CÓDIGO: AP-CT-F-50<br>VERSIÓN: 4<br>PÁGINA: 1 DE 1<br>FECHA: 07/11/2024 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ÁREA Y/O SERVICIO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS** | UNIDAD: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR** | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: **1238-2026** | PERIODO CERTIFICADO | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO** | | 01 | 06 | 2026 | 30 | 06 | 2026 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: **VANEGAS VANEGAS MASSIEL HELEN** | DOCUMENTO: **40930922** | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios profesionales o de apoyo a la gestión administrativa y/ o asistencial en la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.** | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): **81.2 %** | | | | | | | |

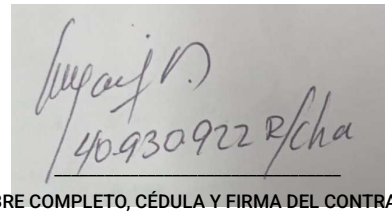
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | ACTIVIDADES REALIZADAS |
|---|---|
| 1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución. | CUMPLO CON MIS ACTIVIDADES ASIGNADAS EN MI SERVICIO AL 100% |
| 2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo a la normatividad vigente y al servicio asignado. | CUMPLO CON LOS PROCESOS ASIGNADOS EN EL SERVICIO, SEGUN INDICACION MEDICA. |
| 3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás). | CUMPLO CON HIGIENIZACION DE MANOS, Y UTILIZO LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL EN CADA PROCEDIMIENTO REALIZADO |
| 4, Cumplir con los proceso de atención de enfermería, instructivos de buenas prácticas, en la prestación del servicio | CUMPLO CON LAS BUENAS PRACTICAS EN LA PRESTACION DE SERVICIO. |
| 5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional. | ASISTO A CAPACITACIONES INSTITUCIONALES , SEGUN ME LO INDIQUEN. |
| 6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio. | CUMPLO CON MIS ACTIVIDADES ASIGNADAS EN MI SERVICIO AL 100% SEGUN LAS ENTREGAS Y RECIBIDAS DE TURNO. |
| 7, Mantener confidencialidad de la información que se maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. | CUMPLO CON LA ETICA PROFESIONAL , DE ACUERDO A LA CONFINDENCIALIDAD, EN EL SERVICIO |
| 8, Aplicar la política de Calidad institucional participando activamente en el proceso de sistema de Gestión de calidad institucional. | PARTICIPO ACTIVAMENTE CON EL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD INSTITUCIONAL. |
| 9, Registrar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica y los registros institucionales, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. | REGISTRO , DE MANERA COMPLETA, LAS HISTORIA CLINICA INSTITUCIONALES DE CADA PACIENTE. |
| 10, Brindar información al usuario y su familia un trato respetuoso | BRINDO INFORMACION CLARA Y CONCISA A CADA PACIENTE Y A SU FAMILIA |
| 11, Adaptarse a las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales | ME ADAPTO A CADA POLITICA INSTITUCIONAL SEGUN INSTRUCTIVO. |
| 12 Realizar registro y reporte de manera adecuada y oportuna de todos los sistemas de información establecidos en la institución (registro de inventarios, eventos adversos, mesas de servicio, ingresos y egresos, todos los formatos institucionales, etc) | REGISTRO Y REPORTO CADA EN CADA TURNO , DE MANERA OPORTUNA INVENTARIO, Y MESA SERVICIO, INGRESOS Y EGRESO, SEGUN LOS FORMATOS DE LA INSTITUCION ENTRE OTROS |

OBSERVACIONES:

204 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

**$ 2.814.384 — DOS MILLONES OCHOCIENTOS CATORCE MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

| | |
|---|---|
| Fecha: 30/06/2026<br><br>**NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA**<br>VANEGAS VANEGAS MASSIEL HELEN<br>CC: 40930922 | Fecha: 30/06/2026<br><br>**FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR**<br>ANDREA SANDOVAL CASTRO<br>CC: 52770916 |

*Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.*

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 40930922 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | MASSIEL HELEN VANEGAS VANEGAS VANEGAS VANEGAS | | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | RIOHACHA | DEPARTAMENTO: | GUAJIRA |
| DIRECCIÓN: | CL 14B N 23-31 | TELÉFONO: | 5555555 |
| 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: | **6019430383** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 5 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/06/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 378378414 |

## 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 | | |
| 8002248088 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 281.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 281.300** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | $ 219.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 219.800** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8909037905 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 42.900 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 42.900** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 541.800** |
| **VALOR MORA:** | **$ 2.200** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 544.000** |

Planilla Pagada