

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08
		VERSIÓN: 8
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 28/07/2020

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA			
NOMBRE DEL CONTRATISTA: VARGAS BAICUE JENIFFER FERNANDA			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	1061539179
CELULAR: 3213348396	CORREO ELECTRÓNICO: vargasjeniffer814@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: CESI20CG - HOSP QUIRURGICOS - INTERCONSULTA CIRUGIA GENERAL - USS CES
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 7200705163	
PENSIONADO:	SI No X		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 1394-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 4			
CDP 1	164	FECHA	22/01/2026	CRP 1	12725	FECHA	12/02/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	18113	FECHA	22/05/2026
CDP 3	894	FECHA	22/06/2026	CRP 3	24065	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: \$ 2.566.056		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 13.796	

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

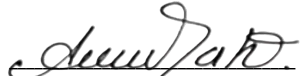
El documento entregado carece de un reporte auténtico entre las obligaciones y las actividades realizadas. Debido a que el contenido consiste en una duplicación de textos anteriores (copiar y pegar), no se considera un informe válido para proceder con el pago. • Sus OBLIGACIONES y ACTIVDADES no pueden ser COPIAR y PEGAR. Debe describir sus actividades ejecutadas.

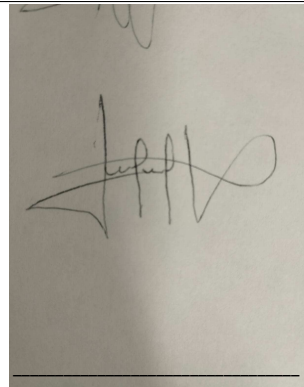
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 14.816.904
VALOR EJECUTADO	\$ 11.919.744
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 2.897.160
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	210
SALDO POR EJECUTAR	\$ 2.897.160
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	80.5 %

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	\$ 218.900	\$ 280.200	III	\$ 42.700	\$ 541.800	1081965148

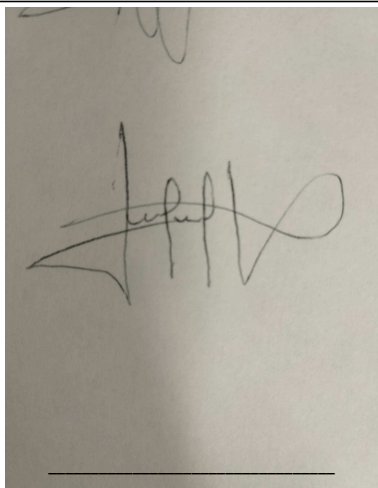
Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Junio del año 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

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

A photograph of a handwritten signature in black ink on a light-colored surface. The signature is stylized and appears to read 'Jeniffer'.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
VARGAS BAICUE JENIFFER FERNANDA
CC: 1061539179

	INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						CÓDIGO: AP-CT-F-50			
							VERSIÓN: 4			
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL						PÁGINA: 1 DE 1			
							FECHA: 07/11/2024			
ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				UNIDAD: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR						
No. DE CONTRATO: 1394-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: VARGAS BAICUE JENIFFER FERNANDA				DOCUMENTO: 1061539179						
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 (%): 80.5 %										
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, SEGÚN INDICACIÓN MÉDICA.					
3, Cumplir manual de bioseguridad (higienización y lavado de manos, limpieza y desinfección; aislamiento, y demás).					CUMPLO CON HIGIENIZACIÓN DE MANOS Y UTILIZO LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN 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 PRESTACIÓN DE SERVICIO.					
5, Presentar informes y asistir a capacitaciones y actividades según la programación institucional.					ASISTO A CAPACITACIONES INSTITUCIONALES, SEGÚN ME LO INDIQUEN.					
6, Cumplimiento de actividades según cronograma de servicio.					CUMPLO CON MIS ACTIVIDADES ASIGNADAS EN MI SERVICIO AL 100% SEGÚN 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 ÉTICA PROFESIONAL, DE ACUERDO A LA CONFIDENCIALIDAD 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 GESTIÓN 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 CLÍNICA 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, MESA SERVICIO, INGRESOS Y EGRESO, SEGÚN LOS FORMATOS DE LA INSTITUCIÓN ENTRE OTROS.					
OBSERVACIONES:										
210 HORAS CERTIFICADAS										
TOTAL A PAGAR: \$ 2.897.160 – DOS MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SIETE MIL CIENTO SESENTA PESOS M/CTE										
Fecha: 30/06/2026					Fecha: 30/06/2026  FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR ANDREA SANDOVAL CASTRO CC: 52770916					



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
VARGAS BAICUE JENIFFER FERNANDA
CC: 1061539179

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

PAGADO 09/06/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENIFFER FERNANDA VARGAS BAICUE		
Documento	CC1061539179	Dirección	CR 98B #14 - 06 CASA 278
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4599256
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total					
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGI	LMC	VAC	AVP	ACT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días AFP	Días CCF	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 1061539179	JENIFFER FERNANDA VARGAS BAICUE	59	00																	0	30	30	30	(230201)	PROTECCION	\$ 1.750.905	\$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	\$ 1.750.905	\$ 218.900	2.436	\$ 1.750.905	\$ 42.700	(CCF22) COLSUBSIDIO	\$ 1.750.905	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 552.400

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
\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 10.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 552.400	\$ 0	\$ 552.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 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.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!