Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE LA CONTRATACIÓN	CÓDIGO: AP-CT-F-16-08 VERSIÓN: 8 PÁGINA: 1 DE 1 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: **3174342465**	CORREO ELECTRÓNICO: **mhvv2@hotmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	CENTRO DE COSTOS: **HSBI05 - HOSP PEDIATRÍA USS SIMÓN BOLÍVAR**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **236870049723**	
PENSIONADO:	**SI No X**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **1238-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **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	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 4**	26500	**FECHA**	24/07/2026
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	**07**	**2026**	**31**	**07**	**2026**

VALOR HONORARIOS MENSUALES: **$ 2.566.056**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 13.796**

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

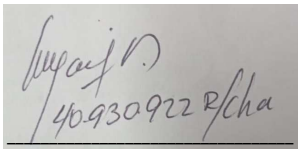
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 17.962.392**
VALOR EJECUTADO	$ 14.982.456
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 2.979.936**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	216
SALDO POR EJECUTAR	$ 2.979.936
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**83.4 %**

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	$ 219.300	$ 280.700	III	$ 42.800	**$ 542.800**	6023611031

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Julio** 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** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN CONTRACTUAL	CÓDIGO: AP-CT-F-50 VERSIÓN: 4 PÁGINA: 1 DE 1 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	07	2026	31	07	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 (%): **83.4 %**							

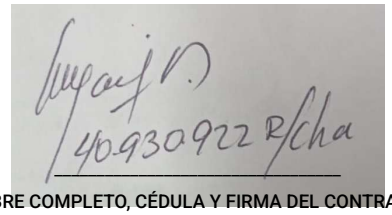
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1, Cumplir con los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución.	CUMPLO CON MIS ACTIVIDADES ASIGNADAS EN MI SERVICIO AL 100%
2, Dar cumplimiento a los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento 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:

216 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 2.979.936 — DOS MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS M/CTE

Fecha: 31/07/2026  **NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA** VANEGAS VANEGAS MASSIEL HELEN CC: 40930922	Fecha: 31/07/2026  **FIRMA DE RECIBIDO SUPERVISOR** ANDREA SANDOVAL CASTRO 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:	**6023611031**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		2			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/07/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		465909421

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	$ 280.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 280.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 219.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 219.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 42.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 42.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 541.800**
VALOR MORA:	**$ 1.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 542.800**

Planilla Pagada