

	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: LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES			
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C X C.E	NO.	52272298
CELULAR: 3102639630	CORREO ELECTRÓNICO: linaix@gmail.com	SEDE: HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	CENTRO DE COSTOS: HSBC04 - QUIRURGICO NEUROCIRUGÍA USS SIMÓN BOLÍVAR
PROCESO: DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS		SERVICIO: ASISTENCIAL	
ENTIDAD FINANCIERA: BANCO DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA: AHORROS	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 8480380982	
PENSIONADO:	SI No X		

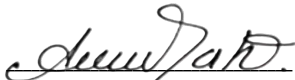
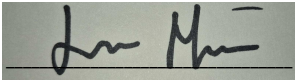
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 3743-2026				N° DE PAGOS DEL CONTRATO: 2.7			
CDP 1	356	FECHA	10/03/2026	CRP 1	15124	FECHA	16/03/2026
CDP 2	703	FECHA	20/05/2026	CRP 2	19474	FECHA	22/05/2026
CDP 3	894	FECHA	22/06/2026	CRP 3	24125	FECHA	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: \$ 3.789.006		TIPO DE SERVICIOS: ASISTENCIAL			VALOR HORA / DÍA: \$ 20.371	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias, alivios tributarios, etc.)						

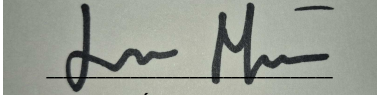
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$ 14.789.346
VALOR EJECUTADO	\$ 9.900.306
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 4.889.040
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	240
SALDO POR EJECUTAR	\$ 4.889.040
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	\$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	66.9 %

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
\$ 1.760.054	\$ 220.200	\$ 281.800	III	\$ 42.900	\$ 544.900	91071195 / 92839934

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 LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES CC: 52272298
--	---	--

	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: 3743-2026				PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SANDOVAL CASTRO					01	06	2026	30	06	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES				DOCUMENTO: 52272298						
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 (%): 66.9 %										
OBLIGACIONES ESPECIFICAS					ACTIVIDADES REALIZADAS					
1 Dar cumplimiento a los estándares de producción del servicio asignado según los tiempos establecidos por la Institución					Cumplí con los estandares de producción durante los 51 procedimientos quirúrgicos asistidos incluyendo especialidades con la nueva tecnología en procedimientos oftalmologicos.					
2 Cumplir con los procesos prioritarios, establecidos para el funcionamiento del servicio de acuerdo con la normatividad vigente y el servicio en el que ejecute sus actividades					Cumplí con los procesos prioritarios para el servicio de cirugía, realizando las actividades correspondientes a la revisión del programa quirúrgico, supervisión de los insumos correspondientes para la realización de los procedimientos, alistamiento de insumos médico quirúrgicos y equipos de acuerdo a la necesidad de cada procedimiento incluyendo cirugías especializadas de oftalmología durante los 30 días del mes de JUNIO.					
3 Preparar, ejecutar y evaluar las actividades relacionadas con el procedimiento quirúrgico asignado teniendo en cuenta las condiciones del paciente y la técnica quirúrgica					Preparé, ejecuté y evalué las actividades relacionadas con el procedimiento quirúrgico asignado teniendo en cuenta las condiciones del paciente y la técnica quirúrgica durante los 30 días del mes					
4 Asistir a los cirujanos en el desarrollo de las operaciones suministrando y recibiendo los distintos elementos necesarios para la adecuada intervención del paciente					Asistí a 51 procedimientos quirúrgicos incluyendo especialidades con la nueva tecnología en procedimientos oftalmologicos.					
5 Registrar las actividades en forma completa y oportuna en la Historia clínica de acuerdo con las disposiciones legales vigentes (notas quirúrgicas), a todos y cada uno de los pacientes atendidos de conformidad con la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999 del Ministerio de Salud					Registré de los 51 procedimientos realizados durante el mes en el sistema automatizado de acuerdo a cada procedimiento e historia clinica respectivamente, en conformidad con los lineamientos institucionales y la normatividad vigente: llenando los formatos de: trazabilidad de equipos, recuento de elementos y solicitud de insumos en farmacia.					
6 Aplicar todas las normas, procedimientos y protocolos establecidos en salas de cirugía durante el acto quirúrgico					Aplicué las normas de bioseguridad, procedimientos y protocolos establecidos en salas de cirugía durante el acto quirúrgico según la necesidad de los 51 procedimientos asistidos.					
7 Realizar acompañamiento a los procedimientos quirúrgicos contando con la disposición de los equipos y el material requerido para cada intervención, de acuerdo con los lineamientos institucionales y la normatividad vigente					Realicé el acompañamiento a los 51 procedimientos quirúrgicos contando con la disposición de los equipos solicitados en central de esterilización, insumos médico quirúrgicos solicitados en farmacia y el material requerido para cada intervención, de acuerdo con los lineamientos institucionales y la normatividad vigente.					
8 Aplicar los procedimientos y controles establecidos para garantizar la eficiencia y eficacia en el desempeño de sus labores					Durante los 51 procedimientos asistidos garanticé la eficacia y eficiencia en el desempeño de las actividades durante los 30 días del mes de junio aplicando los controles establecidos.					
9 Gestionar el proceso de esterilización cumpla con los estándares de calidad en cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos establecidos por la institución					Gestioné el proceso de esterilización para verificar que cumpla con los estándares de calidad en cumplimiento a la normatividad vigente y a los protocolos establecidos por la institución en los 51 procedimientos realizados.					
10 Revisar el aspecto técnico en el proceso de esterilización del material médico-quirúrgico, así como vigilar la asepsia y antisepsia del grupo disciplinario que participa en los procedimientos quirúrgicos y el cumplimiento de las normas de bioseguridad					Supervisé el proceso de esterilización del material médico quirúrgico verificando la cinta testigo e indicadores químicos, así como la asepsia y antisepsia mediante el adecuado proceso de lavado de manos, lavado del paciente y demás del grupo que participa en los procedimientos quirúrgicos y el cumplimiento de todas las normas de bioseguridad como el uso de EPP durante los 51 procedimientos realizados en el mes.					
11 Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales					Aplicué todas las politicas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos institucionales relacionados con el proceso de esterilización y seguridad del paciente durante los 30 días del mes.					
12 Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad					Cumplí con adherencia durante los 51 procedimientos quirúrgicos del mes establecidos en el Manual de Bioseguridad para así garantizar la seguridad del paciente durante el servicio prestado.					
13 Realizar la notificación obligatoria de sucesos de seguridad, infecciones intrahospitalarias y demás eventos de interés en salud pública					No realicé notificación de los sucesos de bioseguridad ya que no se presentaron eventos adversos durante la prestación del servicio.					
14 Cumplir con las capacitaciones virtuales o presenciales					Cumplí con las capacitaciones presenciales que se realizaron durante el					

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	mes de junio, las cuales fueron: Conectados del mes de junio y recuento de elementos
15 Presentar las evaluaciones de conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, procedimientos, guías, instructivos, entrenamiento en puesto de trabajo, manuales, inducción y reinducciones y todas y cada una de las solicitadas por la Subred Norte ESE	Presenté las evaluaciones según la necesidad requerida los 30 días en el mes. Así mismo, como la medición de procedimientos, guías, instructivos y entrenamiento en puesto de trabajo, manuales de inducción y reinducción.
OBSERVACIONES:	
240 HORAS CERTIFICADAS	
TOTAL A PAGAR: \$ 4.889.040 — CUATRO MILLONES OCHOCIENTOS OCHENTA Y NUEVE MIL CUARENTA PESOS M/CTE	
Fecha: 30/06/2026  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES CC: 52272298	Fecha: 30/06/2026  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.	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52272298	LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES	CALL 138 56 60 apto402 torre7	3102639630	LINAPEP06@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91071195	12/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52272298	LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES	CALL 138 56 60 apto402 torre7	3102639630	LINAPEP06@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91071195	12/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Calom. exterior	ING	RET	TDE	TAE	TAP	VSP	VST	SEN	ICE	LIA	VAC	AVP	VOT	INTL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 52272298	MENDEZ CUBIDES LINA MARIA LEONOR	59	0		N																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52272298	LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES	CALL 138 56 60 apto402 torre7	3102639630	LINAPEP06@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
91071195	12/06/2026	92839934	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	\$0	\$3.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD					Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	1.300	0		0		0	0	0	0	1.300	1

TOTALES PENSIÓN					Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria										
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.600		0	0	0	0	0	0		1.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES					Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	200					200	0	0	200			2	200	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	1.300	1.300
Pensión	1	1.600	1.600
Riesgos Laborales	1	200	200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	3.100	3.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52272298	LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES	CALL 138 56 60 apto402 torre7	3102639630	LINAPEP06@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
91071195	12/06/2026	92839934	22/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	N	\$0	\$3.100	

DETALLE POR COTIZANTE																																																		
INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																						
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Calom. exterior	Exonente	INA	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SEN	ICE	LIA	VAC	AVP	VCT	INTL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC 52272298	MENDEZ CUBIDES LINA MARIA LEONOR	59	0			N							X										25-14	1.761.000	30	281.800	0	0	0	0	EPS008	1.761.000	30	220.200	14-11	1.761.000	30	3	42.900		0	0	0	0	0	0	0	0	0