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: **LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**35326346**
CELULAR: **3185312670**	CORREO ELECTRÓNICO: **ramirezdecordobaluzmarina@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**	CENTRO DE COSTOS: **CESM12 - A T TERAPIA RESPIRATORIA USS CES**
PROCESO: **DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS**		SERVICIO: **ASISTENCIAL**	
ENTIDAD FINANCIERA: **BANCO DAVIVIENDA**	TIPO DE CUENTA: **AHORROS**	NUMERO DE CUENTA BANCARIA: **2170030056**	
PENSIONADO:	**SI X No**		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: **1521-2026**		N° DE PAGOS DEL CONTRATO: **4**	

CDP 1	164	**FECHA**	22/01/2026	**CRP 1**	12330	**FECHA**	10/02/2026
CDP 2	703	**FECHA**	20/05/2026	**CRP 2**	19667	**FECHA**	22/05/2026
CDP 3	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 3**	27297	**FECHA**	24/07/2026
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	**07**	**2026**	**31**	**07**	**2026**

VALOR HONORARIOS MENSUALES: **$ 3.993.048**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 21.468**

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 23.958.288**
VALOR EJECUTADO	$ 19.965.240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 3.993.048**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	186
SALDO POR EJECUTAR	$ 3.993.048
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**83.3 %**

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	$ 0	III	$ 42.700	**$ 261.600**	9506876126

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	Luz Marina Ramirez **NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA** LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA CC: 35326346

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 SUBA CENTRO DE SERVICIOS ESPECIALIZADO**					
No. DE CONTRATO: **1521-2026**	PERIODO CERTIFICADO	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: **ANDREA SANDOVAL CASTRO**		01	07	2026	31	07	2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA: **LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA**		DOCUMENTO: **35326346**					
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 (%): **83.3 %**							

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Realizar recibo y entrega de pacientes en el servicio asignado de manera presencial, personalizada, oportuna, completa e individual	Se realiza recibo y entrega de pacientes en el servicio asignado de manera presencial, personalizada, oportuna, completa e individual
2. Realizar valoración de los pacientes con orden médica para terapia respiratoria de acuerdo con lo solicitado promoviendo la satisfacción de las necesidades del paciente de manera oportuna	Se realiza valoración de los pacientes con orden médica para terapia respiratoria de acuerdo con lo solicitado promoviendo la satisfacción de las necesidades del paciente de manera oportuna
3. Realizar las actividades que se tienen documentadas para terapia respiratoria en la Subred Norte con una adherencia mayor al 80% y cumplir con las acciones establecidas si presenta alguna desviación	Realice pre y post test de instructivos para terapia respiratoria en la Subred Norte con una adherencia mayor al 80% y cumpli con las acciones establecidas, documentas para la mejora continua
4. Toma, procesamiento y análisis de muestras de gases sanguíneos	Realice revision en Dinamica Genrencial de orden medica ,tome, procese y análice e ingrese resultados a Infolab de muestras de gases sanguíneos
5. Toma de muestras de vía aérea: cultivos de secreción, aspirado nasofaríngeo (VSR, INFLUENZA, COVID-19, etc),	realizar revision en Dinamica de orden medica, y documentacion para la toma y traslado a laboratorio
6. Apoyar en códigos azules, intubaciones endotraqueales y trasporte intrainstitucional de pacientes con vía aérea artificial	Dar respuesta a los llamados de enfermeria, medicos para asistir codigos azules, transporte de pacientes con via aerea artificial , que se presenten en el servicio asignado
7. Realizar micronebulizaciones, iniciar soportes de oxigenoterapia, pacientes con inhalo terapía	Se verifica la administración de micronebulizaciones, inicio y titulación de soportes de oxigenoterapia y esquemas de inhaloterapia, previa revision rigurosa de las órdenes médicas en el sistema de información.
8. Realizar extubaciones y decanulaciones de pacientes con vía aérea artificial	Se revisan historias clinicas para dar cumplimiento y manejo a las ordenes medicas de los pacientes con soporte ventilatorio en el servicio asignado
9. Intervenir pacientes con soporte de ventilación mecánica invasiva y con soporte de ventilación mecánica no invasiva	Se verifican y realizan los diferentes procedimientos que ameriten los pacientes con soporte ventilatorio invasivo y no invasivo según orden medica.
10. Aplicación de surfactante en los pacientes que lo requieran según lo documentado por la Subred Norte	Se realiza paso de surfactante según orden medica con el paciente neonatal que lo requiera.
11. Permeabilización de vía aérea-succión de acuerdo con los Instructivos institucionales 12. Realizar maniobras de kinesioterapia de tórax a pacientes de acuerdo con los instructivos de la Subred Norte	Se da cumplimiento a lo documentado en los diferentes instructivos, manuales, protocolos, guias que tiene la institucion para manejo de pacientes respiratorios, con via aerea artificial, y rehabilitacion pulmonar.
13. Brindar educación al paciente, familia o cuidador sobre derechos y deberes, rutas de promoción y mantenimiento, plan casero, Hábitos de vida saludable, alimentación adecuada, uso adecuado del oxígeno domiciliario, uso de medicamentos)	Se proporciona educacion al paciente, familiar y / o cuidador antes, durante y despues de terminar la ejecucion de las actividades contractuales con los pacientes
14. Realizar registro completo y con calidad de las histonas clínicas en el sistema de información de acuerdo con los parámetros establecidos en la resolución 1995 de 1999 y los definidos por la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte	Se realiza el correcto diligenciamiento de registros clinicos, con oportunidad, honestidad, aplicando las diferentes listas de chequeo según las normas.
15. Realizar cambio de los equipos de oxigenoterapia y aerosol terapía usados por los pacientes, según la documentación de la Subred Norte	Se vigila por el adecuado uso, cuidado, manejo, control y custodia de los elementos y equipos asignados al servicio de terapias que pertenecen a la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte dando cumplimento a lo documentado en la institucion.

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
16. Controlar la vigencia y cantidad de los insumos a su cargo con inventario cumpliendo con los lineamientos del comité de tecnovigilancia	Se realiza la respectiva solicitud diaria, semanal o mesual de insumos, en la plataforma dinamica utilizados por el servicio
17. Realizar reporte de actividades realizadas de acuerdo con las directrices establecidas en la Subred Norte y enviadas a sistemas el primer día hábil del mes siguiente	Realice reporte de actividades realizadas de acuerdo con las directrices establecidas en la Subred Norte y enviadas a sistemas el primer día hábil del mes siguiente
18. Realizar el Informe de actividades, reportar y pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral conforme a las reglas y términos de la normatividad vigente durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos	Se cumple con las obligaciones contractuales del pago mensual de seguridad, según horas ejecutadas por mes vencido.
19. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos e insumos médico- quirúrgicos durante la prestación de los servicios	Desarrollo una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos e insumos médico-quirúrgicos durante la prestación de los servicios
20. Participar en el proceso de habilitación y acreditación de la Subred Norte, manteniendo, desarrollando e implementando la visión y la misión, impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios, cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso al interior de la institución,	Se participa en los procesos de habilitacion , acreditacion, mantuve adherencia de la plataforma documental del servicioy de los diferentes procesos instaurados por la subred norte.
21. Apoyar el trabajo en equipo en el servicio donde se encuentre, así como conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativos en el quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanizado del cliente interno y externo	Interviene en el trabajo en equipo con los profesionales del area de terapias y rehabilitacion, asisti a reuniones educativas, informativas, pensando siempre en el trato humano hacia los profesionales, pacientes y familia.

OBSERVACIONES:

186 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 3.993.048 — TRES MILLONES NOVECIENTOS NOVENTA Y TRES MIL CUARENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Fecha: 31/07/2026



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA
LUZ MARINA RAMIREZ DE CORDOBA
CC: 35326346

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.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35326346		RAMIREZ DE CORDOBA LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 8C 167D 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3836883	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	468856495	9506876126	I	2026/07/10	2026/07/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$272,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	35326346	RAMIREZ LUZ		0	$0	$0	EPS005	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$10,600	14-23	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$0	$0			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$10,600			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 35326346		RAMIREZ DE CORDOBA LUZ MARINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 8C 167D 05	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3836883	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	468856495	9506876126	I	2026/07/10	2026/07/10	BANCO DAVIVIENDA	0	$272,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$0	$0	$42,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,600	$0	$0	$10,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$10,600	$0	$0	$10,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$272,200	$0	$0	$272,200