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: **LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES**			
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C X C.E**	**NO.**	**52272298**
CELULAR: **3102639630**	CORREO ELECTRÓNICO: **linaiqx@gmail.com**	SEDE: **HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR**	CENTRO DE COSTOS: **HSBC13 - QUIRURGICO PEDIATRÍA 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	1028	**FECHA**	21/07/2026	**CRP 4**	27450	**FECHA**	24/07/2026
CDP 5	1164	**FECHA**	26/08/2026	**CRP 5**	35620	**FECHA**	26/08/2026
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	**08**	**2026**	**31**	**08**	**2026**

VALOR HONORARIOS MENSUALES: **$ 3.789.006**	TIPO DE SERVICIOS: **ASISTENCIAL**	VALOR HORA / DÍA: **$ 20.371**

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

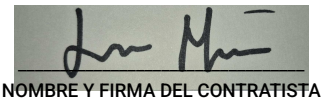
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$ 31.412.082**
VALOR EJECUTADO	$ 19.800.612
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$ 4.033.458**
TOTAL HORAS CONTRATADAS	186
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES	198
SALDO POR EJECUTAR	$ 11.611.470
VALOR A LIBERAR (Si es la última certificación)	$ 0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**63.0 %**

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
$ 2.004.506	$ 250.700	$ 320.800	III	$ 48.900	**$ 620.400**	94350345

Dado en Bogotá a los **31** días del mes de **Agosto** 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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**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	08	2026	31	08	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 (%): **63.0 %**							

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 44 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 31 días del mes de agosto.
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 31 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 44 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 44 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	Apliqué las normas de bioseguridad, procedimientos y protocolos establecidos en salas de cirugía durante el acto quirúrgico según la necesidad de los 44 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 44 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 44 procedimientos asistidos garanticé la eficacia y eficiencia en el desempeño de las actividades durante los 31 días del mes de agosto 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 44 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 44 procedimientos realizados en el mes.
11 Aplicar las Políticas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos Institucionales	Apliqué todas las politicas, guías de manejo, instructivos, manuales, procesos y procedimientos institucionales relacionados con el proceso de esterilización y seguridad del paciente durante los 31 días del mes.
12 Cumplir adherencia al Manual de Bioseguridad	Cumplí con adherencia durante los 44 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

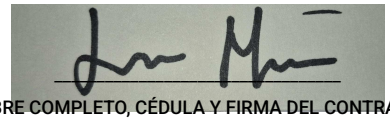
OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
que la Subred Norte ESE convoque y presentar la certificación correspondiente	mes de agosto, las cuales fueron: Cistoureteroscopio flexible
15 Presentar las evaluaciones de conocimientos programadas por la Subred Norte para medir la adherencia a los procesos, 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 31 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:

198 HORAS CERTIFICADAS

TOTAL A PAGAR:

$ 4.033.458 — CUATRO MILLONES TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO PESOS M/CTE

Fecha: 31/08/2026	Fecha: 31/08/2026
	
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA LINA MARIA LEONOR MENDEZ CUBIDES CC: 52272298	**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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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
		94350345	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$2,005,000	$660.500	

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	250.700	0		0		0	0	0	0	250.700	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	320.800	0	0	0	0	0	0		320.800	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	48.900				48.900	0	0	48.900			489	48.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	40.100	0	0	40.100	1

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	250.700	250.700
Pensión	1	320.800	320.800
Riesgos Laborales	1	48.900	48.900
CCF	1	40.100	40.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	660.500	660.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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
		94350345	18/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$2,005,000	$660.500	

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	Colom. exterior	Excarcelado	INS	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	2.005.000	30	320.800	0	0	0	0	EPS008	2.005.000	30	250.700	14-11	2.005.000	30	3	48.900	CCF24	2.005.000	30	40.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información