Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAULA YISELA CHAPARRO LOPEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1001218804	
CORREO ELECTRONICO:	paulachaparrolopez2002@gmail.com				CELULAR:	3 1 4 3 8 8 3 6 3 7	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE11B01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	35800007410				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	4357			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1570	FECHA	2026-07-16 14:58:49.000	NÚMERO DE CRP	26311	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-07-01		2026-07-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,572,380						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7,302,240
VALOR EJECUTADO	$4,729,860
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,572,380
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,572,380
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	65%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
87189407	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.	Recibir y entregar el turno de los pacientes asignados, suministrando información completa, clara y oportuna sobre su estado clínico, evolución, procedimientos realizados, tratamientos, cuidados de enfermería, pendientes y novedades, garantizando la continuidad y seguridad en la atención.	Registro de entrega y recibo de turno, evidenciado mediante notas de enfermería, historia clínica y/o formatos institucionales de entrega de turno debidamente diligenciados.
2. Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.	Ejecutar las actividades asistenciales de enfermería delegadas por el profesional de enfermería, cumpliendo los procedimientos, guías, protocolos y lineamientos institucionales, garantizando una atención segura, humanizada y de calidad.	Registros de las actividades de enfermería realizadas en la historia clínica y demás formatos institucionales, conforme a los procedimientos y protocolos establecidos por el servicio.
3. Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente.	Informar de manera oportuna al profesional de enfermería las variaciones en el estado clínico del paciente, con el fin de facilitar la toma de decisiones y la continuidad del manejo asistencial.	Registros en la historia clínica, notas de enfermería y evidencias de las novedades reportadas al profesional de enfermería.
4. Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención y asesorar al paciente y su familia.	Reportar al supervisor las dificultades identificadas durante la atención y brindar educación al paciente y su familia sobre el plan de cuidados, tratamiento y recomendaciones para el egreso.	Evidencia de los reportes realizados y registros de educación al paciente y familia en la historia clínica o formatos institucionales.
5. Aplicar procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.	Cumplir con las normas institucionales de bioseguridad, seguridad y salud en el trabajo, gestión ambiental y calidad, orientando a pacientes y familiares de acuerdo con las políticas institucionales.	Registros de cumplimiento de protocolos, participación en actividades institucionales y evidencias de orientación brindada a pacientes y familiares.
6. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	Diligenciar de forma oportuna y completa los reportes, libros y registros establecidos para el funcionamiento del servicio.	Libros y formatos institucionales diligenciados de acuerdo con los lineamientos establecidos.
7. Diligenciar documentos para facturación, estadística y apoyar el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	Registrar de manera clara y oportuna la documentación requerida para facturación, estadística y demás procesos de calidad institucional.	Documentos y registros diligenciados correctamente y soportes del cumplimiento de los procesos de calidad.
8. Elaborar informe mensual de actividades.	Consolidar y presentar mensualmente el informe de las actividades desarrolladas durante la ejecución del contrato.	Informe mensual de actividades presentado al supervisor con sus respectivos soportes.
9. Responder por los elementos entregados.	Custodiar y utilizar adecuadamente los elementos asignados para el desarrollo de las actividades, realizando su devolución al finalizar el contrato.	Acta de entrega y/o devolución de elementos y evidencia del adecuado uso de los mismos.
10. Participar en jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos.	Asistir y participar activamente en las capacitaciones, reuniones, inducciones y actividades institucionales convocadas.	Listados de asistencia, certificados de participación o actas correspondientes.
11. Notificar fallas de calidad e implementar acciones de mejora.	Reportar oportunamente las fallas de calidad identificadas y participar en la implementación de acciones de mejora del servicio.	Reportes de eventos o fallas de calidad y evidencias de participación en acciones de mejora.
12. Conocer y cumplir los procedimientos establecidos por la Subred.	Aplicar los procedimientos, protocolos, manuales y lineamientos institucionales en el desarrollo de las actividades contratadas.	Evidencia del cumplimiento de los procedimientos institucionales y registros de las actividades ejecutadas.
13. Apoyar a la Subred en actividades institucionales y extrainstitucionales.	Participar en las actividades requeridas por la Subred de acuerdo con las necesidades del servicio y los requerimientos institucionales.	Registros de participación, actas, informes o evidencias de las actividades desarrolladas.
14. Registrar las actividades realizadas en el sistema de información de la Subred.	Registrar de manera completa y oportuna las actividades asistenciales desarrolladas en los sistemas de información institucionales.	Registros realizados en los aplicativos y sistemas de información de la Subred.
15. Entregar la constancia de afiliación y pago al Sistema de Seguridad Social.	Presentar mensualmente la certificación de afiliación y el comprobante de pago de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral.	Certificados de afiliación y planilla PILA con el pago correspondiente al período reportado.
16. Realizar las demás actividades asignadas acordes con el objeto del contrato.	Ejecutar las actividades adicionales que sean asignadas por el supervisor y que guarden relación con el objeto contractual y las necesidades del servicio.	Evidencias de las actividades ejecutadas, soportadas mediante informes, registros institucionales o actas, según corresponda

Copia Controlada Subred Sur Occidente

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA
35589089
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-07-30, 09:53:29 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 87189407

Periodo Cotización 202606 **Periodo Servicio** 202606

PAGADA 2026-07-30 09:47:13.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAULA YISELA CHAPARRO LOPEZ				
Documento	CC 1001218804	**Dirección**	CL 22S SUR #31 - 22		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	4521542		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1001218804		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	73	00					CHAPARRO LOPEZ PAULA YISELA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF							Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	30	30	30	0			$ 1.750.905	25-14		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	CCFC55		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PROTEGER EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

Medellín, 30 de julio de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que PAULA YISELA CHAPARRO LOPEZ identificado(a) con C1001218804 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10012188042621146287

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA DE COBRO JUNIO 4357-06.pdf	CUENTA DE COBRO JUNIO 4357-06.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

5c97674f-9e15-42a8-a509-cfc35138e9af

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

Paula yisela Chaparro lopez

ha participado y aprobado el:

Curso básico de prevención y control de infecciones multirresistentes en el hospital

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 91,00 %

25 de julio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=5c97674f-9e15-42a8-a509-cfc35138e9af

Formato de verificación de inserción de cateter venoso periférico V2

2064225 / 2026-07-28 / PAULA YISELA CHAPARRO LOPEZ

CALIFICACION
100,00%

Página 1

DATOS GENERALES

Fecha
2026-07-28

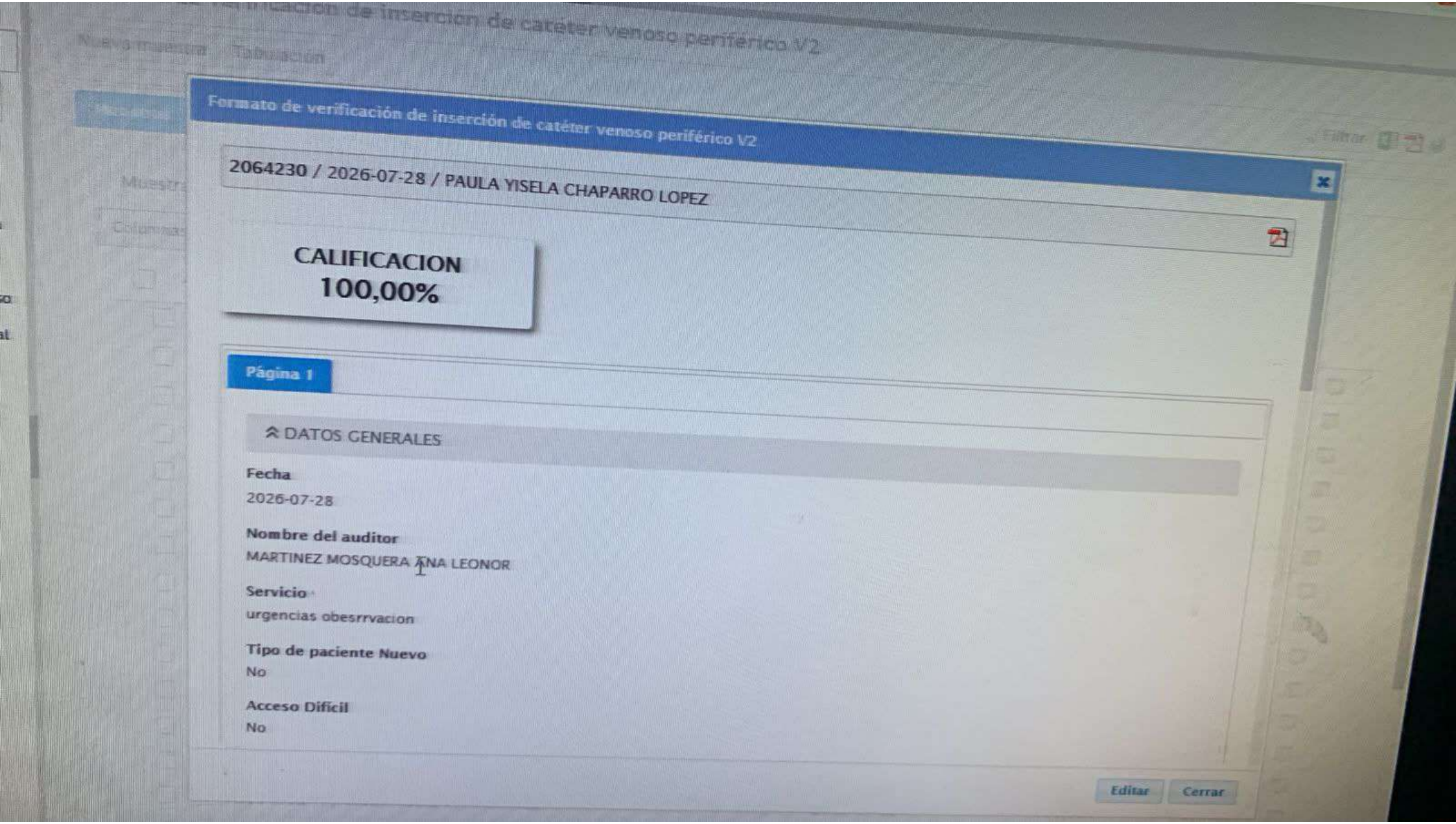
Nombre del auditor
MARTINEZ MOSQUERA ANA LEONOR

Servicio
urgencias observación

Tipo de paciente Nuevo
Si

Acceso Dificil
No

Editar | Cerrar


Formato de verificación de inserción de catéter venoso periférico V2
2064230 / 2026-07-28 / PAULA YISELA CHAPARRO LOPEZ
CALIFICACION
100,00%
Página 1
DATOS GENERALES
Fecha
2026-07-28
Nombre del auditor
MARTINEZ MOSQUERA ANA LEONOR
Servicio
urgencias obesrrvacion
Tipo de paciente Nuevo
No
Acceso Difícil
No
Editar
Cerrar

Formato de verificación de inserción de catéter venoso periférico V2

2064234 / 2026-07-28 / PAULA YISELA CHAPARRO LOPEZ

CALIFICACION
100,00%

Página 1

DATOS GENERALES

Fecha
2026-07-28

Nombre del auditor
MARTINEZ MOSQUERA ANA LEONOR

Servicio
urgencias

Tipo de paciente Nuevo
Si

Acceso Difícil
No

Editar Cerrar

Formato de verificación de inserción de catéter venoso periférico V2

2064241 / 2026-07-28 / PAULA YISELA CHAPARRO LOPEZ

CALIFICACION
100,00%

Página 1

DATOS GENERALES

Fecha
2026-07-28

Nombre del auditor
MARTINEZ MOSQUERA ANA LEONOR

Servicio
urgencias observacion

Tipo de paciente Nuevo
Si

Acceso Difícil
Si

Editar Cerrar

Nueva muestra Tabulacion

Filtrar

Formato de verificación de inserción de catéter venoso periférico V2

2064270 / 2026-07-28 / PAULA YISELA CHAPARRO LOPEZ

CALIFICACION
100,00%

Página 1

DATOS GENERALES

Fecha
2026-07-28

Nombre del auditor
MARTINEZ MOSQUERA ANA LEONOR

Servicio
URGENCIAS OBSEVACION

Tipo de paciente Nuevo
Si

Acceso Difícil
No

Editar Cerrar

2064042 JOHAN SEBASTIAN AGUIRRE GOMEZ 2026-07-28 100,00% Cerrada

2064036 JOHAN SEBASTIAN AGUIRRE GOMEZ 2026-07-28 100,00% Cerrada

14°C Soleado ESP 12:13 p. m. 28/07/2026

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

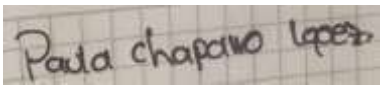
DEBE A:

PAULA YISELA CHAPARRO LOPEZ

1.001.218.804 DE PESCA

La suma de ($ 2.572.380) (**DOS MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS OCHENTA PESOS MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de enfermería, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como **auxiliar Enfermería;** en el Hospital Pediátrico Tintal en el área de hospitalización.

De acuerdo al requerimiento institucional en el Hospital Pediátrico Tintal en el área asistencial de hospitalización, durante el periodo de **01 al 31 de julio de 2026** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 4357-2026.**



PAULA YISELA CHAPARRO LOPEZ

C.C 1.001.218.804 DE PESCA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 35800007410

Educación

FUNSE

FUNDACIÓN NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

INSTITUCIÓN EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

NIT. 901544869-6

Aprobado Mediante Resolución No 1700-3839 del 01 de Diciembre del 2025, Secretaria de Educación Municipal y el Decreto No 1075 del 26 Mayo de 2015 - Educación No Formal.

Hace Constar que:

Paula Yisela Chaparro Lopez

CC 1001218804 de Pesca - Boyacá

Realizó y aprobó el Curso de Asesoría Pre y Post en la Prueba Voluntaria de VIH, con Enfoque Diferencial con un total de 48 Horas.

Verificación:

Fecha de emisión: 2026-07-30
Fecha de vencimiento: 2028-07-30

FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA
verifique la autenticidad de su certificado en la pagina
www.fundacionnuestrasenoradelaesperanza.com.co

FREDDY ARBEY HERNANDEZ CAMPUZANO
Representante Legal
TP. No 70976 - 051880. Copnia

DEIBIE STEVENS BRAVO OBANDO
Jefe de Enfermería
TP 3206
Docente.

ROSA GUZMAN
ESP. Orientación Educativa y Desarrollo Humano
Docente Especialista