

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                          |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                                  |                          |                                 |                        | Versión<br>3                     |             |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                                  |                          |                                 |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |             |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                          |                                 |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |             |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                          |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                          | Luis Henry Rojas Munevar        |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                          | C.C                             | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 80087876   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                                  |                          | henroj2007@gmail.com            |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 3214642175 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                          |                                 |                        |                                  | SUBRED      |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                          | PIC VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo                  | %                        |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K32                          | 100                      |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO ITAU CORPBANCA COLOMBIA SA |                          |                                 |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                                  |                          | 17009069                        |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                                  |                          |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                                  | 6329                     |                                 |                        | VIGENCIA                         |             | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 249                              | FECHA                    | 2026-01-09<br>00:00:00.000      | NÚMERO DE CRP          | 4757                             | FECHA       | 2026-01-09<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                                  |                          |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                                  | DESDE                    | FECHA INICIAL                   |                        | HASTA                            | FECHA FINAL |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                          | 2026-02-01                      |                        |                                  | 2026-02-28  |                                                                                     |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                                  |                          |                                 |                        | \$2,980,800                      |             |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                                  | PIC                      |                                 | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                          |                                 |                        | \$23,846,400                     |             |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                          |                                 |                        | \$14,904,000                     |             |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                                  |                          |                                 |                        | \$2,980,800                      |             |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                                  |                          |                                 |                        | \$0                              |             |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                                  |                          |                                 |                        | \$8,942,400                      |             |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                                  |                          |                                 |                        | 63%                              |             |                                                                                     |            |
| 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                                                                       |            |
| 49878902                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,192,320                      | \$149,040                |                                 | \$190,771              | 3                                | \$29,045    | \$368,856                                                                           |            |
| Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<br>Supervisor                                                                             |                                  |                          |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.<br><br>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021             |                                  |                          |                                 |                        |                                  |             |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                                                                               | PRODUCTOS                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido en el anexo N° 6 “Lineamientos Técnicos de la Gestión en Salud Pública –GSP y del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes. | Actividades pertinentes concernientes al subsistema de Salud sexual y reproductiva salud materno infantil | Entregas de productos con calidad veracidad y oportunidad con las características requeridas por los entes de control |
| Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Asistencias tecnicas programadas desde nivel central                                                      | Actas de entrega de productos y listados de asistencia a las mismas                                                   |
| .- Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.                                                                                                                                                                                                                                   | Se realizan activiades relacionadas y seguimiento y control de la notificacion                            | Entrega de productos y correos enviados desde el correo institucional                                                 |
| Fortalecer grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | No aplica para este mes                                                                                   | No aplica para este mes                                                                                               |
| Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Fortalecimiento 10 y 27 de febrero de 2026                                                                | Listado de asistencia y actas enviadas desde nivel central                                                            |
| Realizar entrega y actualización del cronograma mensual de actividades, así como de los informes requeridos, productos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y o programación de cada una de las líneas de intervención.                                                                                          | Se realiza y diligencia el cronograma correspondiente al mes de Febrero                                   | Cronograma de actividades ubicado en el drive del correo institucional                                                |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se realiza preauditoria y entrega de productos                                                            | Acta de preauditoria                                                                                                  |
| Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Se mantiene una buena imagen institucional                                                                | Se porta de manera correcta el carnet chaqueta y uniforme                                                             |
| Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                       | Carnet, chaqueta uniforme                                                                                 | Se portan de manera correcta los elementos instucionales                                                              |
| Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se realiza la gestion documental para entrega documental                                                  | Se realiza la entrega de los documentos de soporte de las actividades del subsistema                                  |
| Guardar completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.                                                                                                                                                                                                                | Documento de confidencialidad                                                                             | Se mantiene la confidencialidad de las aciviades realizadas dentro del PIC                                            |
| Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se realizan las actividades solicitadas desde nivel central                                               | Soporte y actividades a demanda                                                                                       |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
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

| DATOS DEL APORTANTE                 |                   |                          |        |                                     |                    |                      |
|-------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------|-------------------------------------|--------------------|----------------------|
| TIPO                                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN                           | TELÉFONO           | CORREO               |
| CC                                  | 80087876          | LUIS HENRY ROJAS MUNEVAR |        | Calle 22 sur no 52 20<br>Mz 30 In 7 | 8059760            | henroj2007@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN                  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                        | CIUDAD / MUNICIPIO |                      |
| ÚNICA                               | I – Independiente |                          |        | BOGOTÁ D. C.                        | BOGOTÁ, D.C.       |                      |
| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                   |                          |        |                                     |                    | NO                   |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |                  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD         |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS    UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1            0   |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 10/02/2026               | 49878902        | \$552.400        |

## 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 |           |                       |                |               |               |
| EPS005        | Sanitas EPS | 800251440-6 | 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 |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 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 |
| CCF24         | Compensar Caja |  |  |  | 860066942-7 | 10.600       | 0         |
|               |                |  |  |  |             | 0            | 0         |
|               |                |  |  |  |             | 10.600       |           |
|               |                |  |  |  |             |              | 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                              | 218.900                             | 218.900       |
| Pensión                | 1                              | 280.200                             | 280.200       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 42.700                              | 42.700        |
| CCF                    | 1                              | 10.600                              | 10.600        |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 4                              | 552.400                             | 552.400       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                          |        |                                     |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|--------------------------|--------|-------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE         |        | DIRECCIÓN                           | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 80087876          | LUIS HENRY ROJAS MUNEVAR |        | Calle 22 sur no 52 20<br>Mz 30 In 7 | 8059760            | henroj2007@gmail.com                |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL          | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                        | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                          |        | BOGOTÁ D. C.                        | BOGOTÁ, D.C.       |                                     |
|                     |                   |                          |        |                                     |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                          |        |                                     |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2026-01              | 2026-01                           | I             | 10/02/2026               | 49878902        | 10            |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 | \$552.400     |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                          |           |         |           |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |     |     |     |     |    |            |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
|-----------------------|------|-----------------------|--------------------------|-----------|---------|-----------|-----------------|-----|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|-----|-----|-----|-----|----|------------|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|-----------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                          |           |         |           |                 |     |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |      | PENSIÓN |     |     |     |     |    |            | SALUD    |           |            | RIESGOS LABORALES    |                      |                                | CCF                             |          |           | PARAFISCALES           |          |           |                 |            |            |           |            |                        |             |             |             |            |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres      | Cotizante | Subjeto | Exonerado | Clase de Riesgo | ING | RET | TDE                   | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE     | MAA | MAA | APP | VCT | RL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF   | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1                     | CC   | 80087876              | ROJAS MUNEVAR LUIS HENRY | 59        | 0       | N         |                 |     |     |                       |     |     |     |     |     |      |         |     |     |     |     |    |            | 230301   | 1.750.905 | 280.200    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS005   | 1.750.905 | 218.900                | 14-11    | 1.750.905 | 3               | 42.700     | CCF24      | 1.750.905 | 10.600     | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          |

PAGADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LASUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD URCCIDENTE**  
**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

LUIS HENRY ROJAS MUNEVAR  
CC 80087876 DE BOGOTA

La suma de dos millones novecientos ochenta mil ochocientos pesos m/c. (\$2.980.800) por concepto de servicios como Técnico en Sistemas 1 en el entorno VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA durante el periodo de 1 al 31 de enero de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 6329/2025

  
LUIS HENRY ROJAS MUNEVAR  
CC 80087876 DE BOGOTA  
CUENTA DE AHORROS BANCOTAU  
NUMERO 017009069

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes **enero de 2026** y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

  
\_\_\_\_\_  
**MARTHA ADRIANA RIVERA**  
**Líder de Proceso SSR - SMI**  
**Vigilancia en Salud Pública**

  
\_\_\_\_\_  
**LADY VIVIANA RODRÍGUEZ GALINDO**  
**Referente Vigilancia en Salud Pública**