

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2026-02-01	Hasta:	2026-02-28	
Nombre del Contratista:	LUZ DAISSY PEÑUELA DELGADO		Número de Documento:	52027477	
Correo Electrónico:	luzdaissy@gmail.com		Número Telefónico:	3187692303	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	Cargo:	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	Código Grado:	- 009-05

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	3104-2026	Año Contrato:	2026	CDP Contrato Inicial:	294
Perfil:	ENFERMERO ESPECIALIZADO				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
J17TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	186	37	30001	\$6690223	119.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 6690223	SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL DOSCIENTOS VEINTITRESPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-01	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2026-06-30
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 27900930	\$ 27900930	\$ 0	\$ 27900930

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
---	--	----------------------

1	Desarrollar actividades asistenciales propias del perfil profesional como Enfermero especializado, conforme a la lex artis, orientadas a apoyar la prestación de los servicios de salud en las áreas asignadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E., en observancia de los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y la normativa vigente aplicable.	-RINDAR ATENCIÓN DIRECTA A LOS PACIENTES ASIGNADOS RECIBO Y ENTREGA DE TURNO , ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y PLANES DE CUIDADO DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES	- HISTORIA CLÍNICA
2	Ejecutar acciones de información, educación y comunicación en salud, dirigidas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, en los ámbitos individual, familiar y comunitario, de acuerdo con los lineamientos institucionales y las necesidades del servicio.	-DISEÑAR PLANES DE CUIDADO QUE SE AJUSTEN A LAS PATOLOGÍAS DE LOS PACIENTES Y HACER SEGUIMIENTO DE LOS MISMOS	-HISTORIA CLÍNICA
3	Registrar de manera veraz, oportuna y completa la información derivada de los actos y cuidados de enfermería en la historia clínica, garantizando integralidad, secuencialidad y racionalidad científica, conforme a los criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y demás autoridades competentes, en especial lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 o las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	REGISTRO OPORTUNO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN DINÁMICA, REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA EN CADA JORNADA Y SUPERVISIÓN DE NOTAS DE ENFERMERÍA DEL PERSONAL A CARGO PARA VERIFICAR VERACIDAD, SECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS POR EL PERSONAL	-HISTORIA CLÍNICA
4	Contribuir a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos de enfermería, de acuerdo con los lineamientos institucionales, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado cuando aplique, garantizando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad.	-REALIZAR LA ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLOS, GUÍAS Y PROCEDIMIENTO DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DEL SERVICIO Y REQUERIMIENTO DESDE LA COORDINACIÓN DE ENFERMERÍA	-HISTORIA CLÍNICA
5	Realizar la administración de medicamentos conforme a la prescripción médica escrita, legible y vigente, siguiendo los protocolos institucionales definidos para tal fin y las buenas prácticas clínicas aplicables.	-CONSIGNAR EN LA HISTORIA CLÍNICA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS BAJO PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN	- HISTORIA CLÍNICA
6	Apoyar la identificación, caracterización, inscripción, seguimiento y canalización de usuarios hacia las diferentes rutas integrales de atención en salud, conforme a los modelos y programas implementados por la Subred y a la normatividad vigente.	BRINDAR AL PACIENTE LA INFORMACIÓN NECESARIA DE ACUERDO A SU ESTADO DE SALUD Y DIRECCIONAR HACIA LAS RUTAS DE SALUD INSTITUCIONALES Y ASÍ FORTALECER LA ADHERENCIA A LAS MISMAS	- HISTORIA CLÍNICA
7	Articular las actividades asistenciales con los equipos misionales, contribuyendo al manejo integral y continuo del paciente, en concordancia con los principios éticos y profesionales establecidos en la Ley 911 de 2004 o la norma que la modifique, adicione o sustituya.	-DIRECCIONAR AL PACIENTE DE ACUERDO AL PORTAFOLIO DE SERVICIOS QUE OFRECE LA SUBRED SUR ENCAMINADA A MEJORAR LAS CONDICIONES DE VIDA DE LOS PACIENTES	HISTORIA CLÍNICA

8	Realizar el seguimiento y control del carro de paro del servicio asignado, de conformidad con los procedimientos y formatos institucionales, garantizando su adecuada custodia y disponibilidad.	-VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A PROCESOS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN	-HISTORIA CLÍNICA
9	Efectuar seguimiento técnico a las actividades desarrolladas por el personal auxiliar de enfermería, en el marco de las competencias del perfil profesional y conforme a los lineamientos éticos y normativos aplicables, sin que ello implique ejercicio de funciones administrativas o disciplinarias propias de la entidad.	- VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA DE ACUERDO A PROCESOS Y PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA INSTITUCIÓN	-HISTORIA CLÍNICA
10	Realizar actividades de capacitación al talento humano de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur en temáticas relacionadas con su campo de conocimiento especializado.	REALIZAR EL APOYO DE ACTIVIDADES ENCOMENDADAS DE ACUERDO AL PERFIL DEL COLABORADOR Y SU ESPERTICIA DEL PROFESIONAL	-HISTORIA CLÍNICA
11	Articular acciones de investigación y/o fines académicos para apoyar procesos de mejoramiento continuo en la institución.	- Capacitaciones	- Listados de asistencia
12	Desarrollar las demás actividades propias del perfil profesional, relacionadas directamente con el objeto contractual, que contribuyan al fortalecimiento de la prestación de los servicios asistenciales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	REALIZAR EL APOYO DE ACTIVIDADES ENCOMENDADAS DE ACUERDO AL PERFIL DEL COLABORADOR Y SU ESPERTICIA DEL PROFESIONAL	-HISTORIA CLÍNICA

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL									
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor Honorarios Certificados Mes Anterior	de el	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	55892345	-			\$ 6690223
2026	FEBRERO	2026	02	23					
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					SEIS MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA MIL DOSCIENTOS VEINTITRESPESOS				
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado	
Pensionado				NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	\$ 2676089	\$ 428174	\$ 520000	
Salud					SURA		\$ 334511	\$ 406300	
ARL				3	COLMENA		\$ 65190	\$ 79200	
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 776654	\$ 1005500	

INFORMACIÓN DE PAGO					
Entidad Bancaria	BANCOLOMBIA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	66772523417

HISTÓRICO		
OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUZ DAISSY PEÑUELA DELGADO	2026-02-23 20:55:00
RECHAZADO SUPERVISOR	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2026-02-24 08:37:33
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	LUZ DAISSY PEÑUELA DELGADO	2026-02-25 13:09:49
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2026-02-25 14:08:08
ACEPTADO CONTRATACIÓN	EVELYN XIMENA SASTRE PINEDA	2026-02-27 09:41:27

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.



HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

Carrera 20 No. 47 b - 35 Sur --- Código postal: 110611
www.subredsur.gov.co
Teléfono 7300000 Ext 26017
© Siasur - 2026

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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
☐ INFORME ENERO CTO No. 4393-2025.pdf	INFORME ENERO CTO No. 4393-2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar

Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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

Datos guardados

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐ INFORME ENERO CTO No. 4393-2025.pdf	INFORME ENERO CTO No. 4393-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
FEBRERO CTO No.4393-	INFORME FEBRERO CTO No.4393-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
MARZO CTO No. 4393-	INFORME MARZO CTO No. 4393-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
ABRIL CTO No. 4393-	INFORME ABRIL CTO No. 4393-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
MAYO CTO No. 4393-	INFORME MAYO CTO No. 4393-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
JUNIO CTO No. 4393-	INFORME JUNIO CTO No. 4393-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
JULIO CTO No. 4393-	INFORME JULIO CTO No. 4393-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
AGOSTO CTO No. 4393-	INFORME AGOSTO CTO No. 4393-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
SEPTIEMBRE CTO No. i.pdf	INFORME SEPTIEMBRE CTO No. 4393-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
OCTUBRE CTO No. 4393-	INFORME OCTUBRE CTO No. 4393-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
NOVIEMBRE CTO No. i.pdf	INFORME NOVIEMBRE CTO No. 4393-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
DICIEMBRE CTO No. i.pdf	INFORME DICIEMBRE CTO No. 4393-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	09/01/2026	3115887	\$1.025.000

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD								
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días Mora	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor
EPS010	EPS Sura	800088702-2	406.300	0	0	0	0	406.300

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	90033604-7	520.000	0	0	0	0	0	0		520.000	1

TOTAL RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NT	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										
14-25	Riesgos prof. Colmena	800226175-3	79.200				79.200	0	0	79.200			792	79.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860069427	19.500	0	0	19.500	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	406.300	406.300
Pensión	1	520.000	520.000
Riesgos Laborales	1	79.200	79.200
CCF	1	19.500	19.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.025.000	1.025.000

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA					
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
CC	52027477	LUZ DAISSY PEÑUELA DELGADO	Calle 4 12 18 B10 7 AP 201	3138661632	luzdaissy@gmail.com						EMPLAADOS
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		PERIODO PENSIONES				UPC
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		2026-01	I	09/01/2026	3115887	1
										TOTAL A PAGAR	\$1.025.000

DETALLE POR COTIZANTE																																						
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF		PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Columna	Excluyente	NO	SI	TAE	TAF	VAF	SAU	VST	ISE	W	MA	APF	VCT	IR	Cotización	Voluntario o Afiliado	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cod. EPS	Cotización/ Valor UPC	Cod. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	52027477	PEÑUELA DELGADO LUZ DAISSY	59	0	N												25-14	3.250.000	520.000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	23/02/2026	558692345	\$ 1 025.000

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	406.300	0			0		0	0	0	0	406.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidarista	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	90033604-7	520.000	0	0	0	0	0	0		520.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Coización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Coización	Días Mora	Valor Mora Coización	Subtotal Coización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	79 200				79 200	0	0	79 200			792	79 200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	86006942-7	19.500	0	0	19.500	1

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ISE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	406.300	406.300
Pensión	1	520.000	520.000
Riesgos Laborales	1	79.200	79.200
CCF	1	19.500	19.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	1.025.000	1.025.000

DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	52027477	LUZ DAISSY PEÑUELA DELGADO	Calle 4 12 18 B10 7 AP 201	3138661632	luzdaissy@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLAADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	23/02/2026	55892345	\$1.025.000	

DETALLE POR COTIZANTE																																							
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extraterritorial	Cotizante	Extraterritorial	Extraterritorial	IN	NO	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA	TA
1	CC	52027477	PEÑUELA DELGADO LUZ DAISSY	59	0																																		

PAGADA



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

La Subred Integrada de Servicios Salud Sur E.S.E.

certifica que:

LUZ DAISSY PEÑUELA DELGADO

52027477

Cumplió satisfactoriamente con la:

INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN

Para constancia se expide:

25 de febrero de 2026