

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                              |                                                  |         |              |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------|---------|--------------|------------|
| DATOS DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |            |
| FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-05-2026)                                                                                                                                                                                                                                     |                              |                                                  |         |              |            |
| NOMBRES Y APELLIDOS:                                                                                                                                                                                                                                                        | YESICA ALEJANDRA LOSADA AYA  |                                                  |         | CC:          | 1010229087 |
| CORREO ELECTRÓNICO:                                                                                                                                                                                                                                                         | LEJANDRALOZANDAAYA@GMAIL.COM |                                                  |         | TELÉFONO:    | 3122714803 |
| DIRECCIÓN DOMICILIO:                                                                                                                                                                                                                                                        | KR 109 N° 79 - 03            |                                                  |         | CIUDAD:      | BOGOTA     |
| BANCO AL CUAL CONSIGNAR:                                                                                                                                                                                                                                                    | BANCO DE BOGOTA              | TIPO DE CUENTA:                                  | AHORROS | N° CUENTA:   | 062935069  |
| DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO                                                                                                                                                                                                                       |                              |                                                  |         |              |            |
| N° DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                            | PS 7874 2025                 | VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO |         | \$ 2.292.500 |            |
| FECHA DE INICIO CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                    | 2025/11/01                   | FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:                   |         | 2026/07/31   |            |
| PERIODO OBJETO DE COBRO:                                                                                                                                                                                                                                                    | DEL 2026/05/01 AL 2026/05/31 |                                                  |         |              |            |
| <div><div>YESICA ALEJANDRA LOSADA AYA<br/>PS_7874_2025_7B4312</div></div> <div>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br/>YESICA ALEJANDRA LOSADA AYA<br/>CC: 1010229087<br/>CEL: 3122714803</div> |                              |                                                  |         |              |            |

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y  
YESICA ALEJANDRA LOSADA AYA

CON C.C N°1.010.229.087

|                      |                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. PARA EL DESARROLLO DEL CONVENIO APH |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                       |                 |                                           |             |
|-------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|-------------|
| CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No. | PS 7874 2025    | FECHA INICIO CONTRATO                     | 2025/11/01  |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                            | \$2.161.506     | No. HORAS EJECUTADAS                      | 175         |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:          | \$19.464.372    | VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR: | \$2.292.500 |
| PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS               | NUEVE (9) MESES |                                           |             |

|                                               |                                |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|
| UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES: | HOSPITAL SAN BLAS              |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR:                        | DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS |

| ITEM | II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO<br>(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | DESARROLLÉ LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS, SEGÚN CRONOGRAMAS ESTABLECIDOS POR LA UNIDAD FUNCIONAL DE APH CENTRO ORIENTE ESE PARTICIPANDO EN LA ENTREGA Y RECEPCIÓN DE LA MÓVIL DE ACUERDO CON LA AGENDA DE ACTIVIDADES CONCERTADAS, REGISTRANDO LAS NOVEDADES CORRESPONDIENTES EN EL MARCO DE UNA RELACIÓN DE COORDINACIÓN NHERENTE AL EJERCICIO DE UNA PROFESIÓN LIBERAL E INDEPENDIENTE (REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 2    | REALICÉ LAS ACCIONES ACORDES AL PERFIL DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA QUE REQUIEREN LOS PACIENTES A LOS CUALES PRESTA SERVICIOS ASISTENCIALES, DANDO RESPUESTA A LOS DESPACHOS DEL CENTRO REGLADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE, VELANDO POR LA OPORTUNIDAD, PERTINENCIA, CONTINUIDAD, SEGURIDAD, RACIONALIZACIÓN Y RESOLUCIÓN EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, GARANTIZANDO EL ADECUADO DILIGENCIAMIENTO Y ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y DEMÁS DOCUMENTOS RELACIONADOS, REGISTRANDO TODOS LOS DESPLAZAMIENTOS REALIZADOS EN LA AMBULANCIA FALLIDOS 5-20, VALORACIONES Y TRASLADOS , DESISTIMIENTO, EVENTOS Y DEMÁS FORMATOS POR MEDIO DEL APLICATIVO DESIGNADO PARA TAL FIN. (REGISTROS DE ATENCIONES Y REGISTROS DE ATENCIONES FALLIDOS REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX |
| 3    | ASISTÍ A LAS REUNIONES Y CAPACITACIONES PROGRAMADAS POR EL REFERENTE Y/O LA INSTITUCIÓN EN EL MES EN REFERENCIA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 4    | TOMÉ LAS ACCIONES PERTINENTES PARA GARANTIZAR QUE LAS REVISIONES DE LA AMBULANCIA CUMPLAN CON LOS ESTÁNDARES DE HABILITACIÓN Y DEMÁS PARÁMETROS NORMATIVOS DE TAL MANERA QUE SE ENCUENTREN PERMANENTEMENTE DISPONIBLES Y LOS ELEMENTOS QUE LA COMPONEN EN CORRECTO FUNCIONAMIENTO (EQUIPOS BIOMÉDICOS, INSUMOS, DISPOSITIVOS). (REGISTROS EN PREOPERACIONAL REGISTRADOS EN PLATAFORMA NETUX Y REGISTROS DE CONTROL DE TEMPERATURA Y REGISTROS DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN REGISTRADOS EN APLICATIVO NETUX                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 5    | REALICÉ LA DIARIA GESTIÓN PARA EL ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS A LA MÓVIL, ASÍ COMO LA ROTACIÓN DE LOS MISMOS, DILIGENCIANDO LA RESPECTIVA SOLICITUD POR MEDIO DE LOS FORMATOS EXISTENTES PARA CADA CASO Y LA DEVOLUCIÓN DE MEDICAMENTOS AL EQUIPO ADMINISTRATIVO DE APH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 6    | PROPUCÉ POR LA OPERATIVIDAD DE LA MÓVIL Y EL BUEN DESEMPEÑO DURANTE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN LA AGENDA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 7    | REALICÉ LAS DEMÁS ACTIVIDADES ASIGNADAS POR EL SUPERVISOR INHERENTES CON EL OBJETO DEL CONTRATO Y EN EL MARCO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DE APH VIGENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA  
EL PAGO RESPECTIVO.

| ITEM | CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS                                                                                                                                                                                                | SI | NO |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| 1    | ¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?                                                                                                                                                                         | X  |    |
| 2    | ¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades? | X  |    |

|   |                                                                                                                                                                                    |   |  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| 3 | ¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?                               | X |  |
| 4 | ¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002? | X |  |
| 5 | ¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?                                                                      | X |  |

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2026-05-01) AL (2026-05-31)

| IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL |              |               |              |  |
|-----------------------------------------------|--------------|---------------|--------------|--|
| No. DE PLANILLA:                              | N° 81672732  | OPERADOR:     | MI PLANILLA  |  |
| CONCEPTO DEL PAGO                             | ENTIDAD      | FECHA DE PAGO | VALOR PAGADO |  |
| SALUD:                                        | COMPENSAR    | 2026/05/11    | \$ 218.900   |  |
| PENSIÓN:                                      | COLPENSIONES | 2026/05/11    | \$ 280.200   |  |
| RIESGOS LABORALES:                            | SURA         | 2026/05/11    | \$ 0         |  |
| OTRO                                          |              |               |              |  |
| TOTAL PAGADO                                  |              |               | \$ 499.100   |  |

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- 1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.  
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV ( de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)  
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .  
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS  
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA                                                                | <div><div>YESICA ALEJANDRA LOSADA AYA<br/>PS_7874_2025_7B4312</div><div>YESICA ALEJANDRA LOSADA AYA<br/>CC: 1010229087</div></div>                 |
| FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO | <div><div>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS<br/>PS_7874_2025_7B4312</div><div>DANIEL ALEXANDER HUERTAS ROJAS<br/>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div></div> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1010229087        | YESICA ALEJANDRA LOSADA AYA |        | CR 109 # 79 - 03 | 1234567            | alejandraagozaaya@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 |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 81672732        | 11/05/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                           | I               | \$0                      | \$499.100          |              |

## 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 | 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 |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 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 |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |  |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |  |

| 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      | 0                              | 0                                   | 0             |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 2                              | 499.100                             | 499.100       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |        |                  |                    |                              |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|------------------|--------------------|------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE            |        | DIRECCIÓN        | TELÉFONO           | CORREO                       |
| CC                  | 1010229087        | YESICA ALEJANDRA LOSADA AYA |        | CR 109 # 79 - 03 | 1234567            | alejandraalzadaaya@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL             | CÓDIGO | DEPARTAMENTO     | CIUDAD / MUNICIPIO |                              |
| ÚNICA               | I – Independiente |                             |        | BOGOTÁ D. C.     | BOGOTÁ, D.C.       |                              |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 81672732        | 11/05/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-04              | 2026-04                           | I               | \$0                      | \$499.100          |              |

#### DETALLE POR COTIZANTE

[illegible]

Saldo de pagos y Saldo de entregas

Documento del contrato cargado

|                                    |                   | % del valor del contrato | % del valor amortizado |
|------------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|
| Valor total contrato:              | 19.464.372,00 COP | -                        | -                      |
| Valor anticipado:                  | 0,00 COP          | 0 %                      | -                      |
| Valor de las entregas              | 0,00 COP          | 0 %                      | -                      |
| Valor facturado:                   | 0,00 COP          | 0 %                      | -                      |
| Valor facturado pendiente de pago: | 0,00 COP          | 0 %                      | -                      |
| Valor pagado:                      | 0,00 COP          | 0 %                      | -                      |
| Valor amortizado del anticipo:     | 0,00 COP          | 0 %                      | 0 %                    |
| Valor pendiente de amortizar:      | 0,00 COP          | 0 %                      | 0 %                    |
| Valor pendiente de ejecución:      | 19.464.372,00 COP | 100 %                    | -                      |
| Valor pendiente de entrega:        | 19.464.372,00 COP | 100 %                    | -                      |

Documentos de ejecución del contrato

|                          | Descripción                                     | Nombre del archivo                              | Cargado por |                           |                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PS 7874 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | PS 7874 2025 CUENTA DE COBRO DICIEMBRE 2025.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 7874 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf     | PS 7874 2025 CUENTA DE COBRO ENERO 2026.pdf     | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 7874 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf   | PS 7874 2025 CUENTA DE COBRO FEBRERO 2026.pdf   | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 7874 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf     | PS 7874 2025 CUENTA DE COBRO MARZO 2026.pdf     | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 7874 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | PS 7874 2025 CUENTA DE COBRO NOVIEMBRE 2025.pdf | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 7874 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf     | PS 7874 2025 CUENTA DE COBRO ABRIL 2026.pdf     | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo



## La Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. Certifica a:

YESICA ALEJANDRA LOSADA AYA

**C.C.** 1010229087

Como asistente al curso Gestión de Conflicto de Intereses.

**Intensidad horario:** 2 horas

**Fecha de expedición:** 8 de mayo de 2026

Luis Fernando Joya Joya  
C.C. 74.323.870

Director Operativo Gestión del Talento Humano

[4406192172YL](#)