

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

| DATOS DEL INFORME       |                                  |            |                      |               |          |
|-------------------------|----------------------------------|------------|----------------------|---------------|----------|
| Periodo a Certificar:   | Desde:                           | 2026-06-01 | Hasta:               | 2026-06-30    |          |
| Nombre del Contratista: | MARIA CLAUDIA BOJANINI PEREZ     |            | Número de Documento: | 1140883922    |          |
| Correo Electrónico:     | mariaclaudiabojanini@hotmail.com |            | Número Telefónico:   | 3205180973    |          |
| Nombre del Supervisor:  | JOSE GUILLERMO FORERO LEON       | Cargo:     | REFERENTE PEDIATRIA  | Código Grado: | - 213-32 |

| DATOS DEL CONTRATO             |                                      |               |      |                       |     |
|--------------------------------|--------------------------------------|---------------|------|-----------------------|-----|
| No. Contrato:                  | 3287-2026                            | Año Contrato: | 2026 | CDP Contrato Inicial: | 294 |
| Perfil:                        | MÉDICO ESPECIALISTA - PEDIATRIA      |               |      |                       |     |
| Dirección a la que Pertenecer: | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS |               |      |                       |     |
| Unidad de Servicios:           | USS MEISSEN                          |               |      |                       |     |

| LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS     |                                      |                                                     |              |                          |            |           |                                |
|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------|--------------------------|------------|-----------|--------------------------------|
| Centro de Costos             | Dirección                            | Unidad                                              | Número Horas | Número Horas Adicionales | Valor Hora | Total     | Procentaje(%) Centro de Costos |
| I05ME                        | DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS | USS MEISSEN                                         | 84           | 0                        | 94000      | \$7896000 | 32.9%                          |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES: | \$ 7896000                           | SIETE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL PESOS |              |                          |            |           |                                |

| EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO |                     |                                           |            |
|-------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------|------------|
| Fecha de Inicio del Contrato        | 2026-02-01          | Fecha de Terminación del Contrato Inicial | 2026-06-30 |
| No. Cuenta Según el Mes Certificado | Mes Cuenta de Cobro | Valor a Pagar                             |            |
| 1                                   | FEBRERO             | \$ 11374000                               |            |
| 2                                   | MARZO               | \$ 9588000                                |            |
| 3                                   | ABRIL               | \$ 8460000                                |            |
| 4                                   | MAYO                | \$ 9588000                                |            |
| 5                                   | JUNIO               | \$ 7896000                                |            |

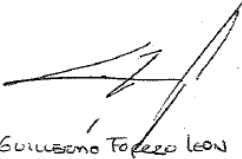
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                        | PAGOS REALIZADOS                                                                           | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| \$ 120124800                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$ 120124800                                                                                                                                                                                                                                                                    | \$ 46906000                                                                                | \$ 73218800        |
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                      | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                       |                    |
| 1                                                       | Desarrollar servicios profesionales especializados en Pediatría, aplicando su conocimiento técnico-científico y criterio médico conforme a la Lex Artis, a los principios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) y a la normatividad vigente, de acuerdo con las necesidades asistenciales definidas por LA SUBRED SUR E.S.E.     | -Presto mis servicios como médico especialista en pediatría en los servicios de hospitalización en la unidad de meissen.                                                                                                                                                        | -Atención de acuerdo a programación por cuadro actividades asignados                       |                    |
| 2                                                       | Ejecutar actividades de información, educación y comunicación en salud, orientadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento del autocuidado, dirigidas al niño, niña, adolescente, su familia y/o cuidadores, conforme a su criterio profesional.                                                                                                                    | -Se realiza atención al paciente mediante consulta médica o atención de hospitalización, informando su estado de salud , diagnostico , prevención de enfermedades y tratamiento de enfermedades al paciente y promoviendo el autocuidado tanto a nivel personal como familiar . | -Información registrada en medios magnéticos en el aplicativo dinámica gerencia            |                    |
| 3                                                       | Registrar de manera autónoma, veraz y oportuna la información derivada del acto médico en la historia clínica, garantizando claridad, legibilidad, secuencialidad, integralidad y racionalidad científica, conforme a lo dispuesto en la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.                                                        | -Diligencio correcta y completamente la historia clínica en medios magnéticos de los pacientes pediátricos atendidos, cumpliendo las normas de bioseguridad y los criterios definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social y los demás entes competentes.             | -Historia Clínica de paciente en el aplicativo dinámica gerencial.                         |                    |
| 4                                                       | Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos propios del área pediátrica, incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado, el reporte de estadísticas vitales y el uso de herramientas como MIPRES, en los casos que aplique, asegurando el cumplimiento de las normas universales de bioseguridad. | -Se realiza la entrega oportuna de reportes e informes en los formatos diligenciados y certificados necesarios en la atención a los pacientes pediátricos , con reportes de consentimiento informado y garantizando el cumplimiento de las normas de bioseguridad.              | -Información registrada en medios magnéticos cumpliendo las normas de seguridad.           |                    |
| 5                                                       | Contribuir desde su experticia profesional a la identificación, caracterización, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios pediátricos en las diferentes rutas integrales de atención en salud, así como a la consolidación de información necesaria para la trazabilidad de indicadores clínicos y asistenciales.                                                                                 | -Informar mediante atención al paciente pediátrico el tratamiento y procedimiento a seguir para evolución positiva del estado de salud y así mismo registrar en el sistema de gestión ( dinámica) de acuerdo a criterio médico el procedimiento a seguir al paciente.           | -Registrar la información del paciente en el aplicativo dinamica,en historia clinica       |                    |
| 6                                                       | Articular actuaciones profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando la atención integral, segura y continua del paciente pediátrico lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.                                                                                                                                                                                 | -Se realiza la atención oportuna de acuerdo a programación de agendas para el cuidado integral del paciente acordadas con el supervisor del contrato, de acuerdo a normatividad legal vigente.                                                                                  | -Programación de Agendas y asignación de actividades de acuerdo a programación supervisor. |                    |

| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                             | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                         |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 7                                                       | Realizar la valoración clínica, el diagnóstico y la definición del plan de tratamiento, de acuerdo con el cuadro clínico del paciente atendido en LA SUBRED SUR E.S.E., incluyendo el seguimiento ambulatorio y hasta el egreso, conforme a su criterio médico especializado.                             | -Realizar atención al paciente cumpliendo los protocolos de seguridad y cumpliendo el plan de tratamiento médico hasta su egreso y su atención y evolución en consulta ambulatoria.                    | -Registrar en historia clínica la evolución del paciente y su procedimiento. |
| 8                                                       | Comunicar de forma oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al padre, madre, acudiente, representante legal o entidad responsable del paciente, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al tratamiento instaurado.                               | -Informar de acuerdo al estado de salud del paciente a padres y familiares, acudientes o en notas a entidades en custodia el cuadro clínico de acuerdo la evolución o riesgo que presente el paciente. | -Historia Clínica registrada en dinámica gerencial.                          |
| 9                                                       | Entregar los productos y resultados del servicio especializado, derivados de su gestión profesional, de conformidad con las metas de producción pactadas contractualmente, conforme a los lineamientos definidos entre los pagadores y LA SUBRED SUR E.S.E., sin que ello implique subordinación laboral. | -Se cumple con las actividades pactadas en las obligaciones del contrato firmado con la Subred Sur y siguiendo los lineamientos establecidos y coordinados con el supervisor del contrato.             | -Cumplimiento de actividades de acuerdo a programación del supervisor        |
| 10                                                      | Desarrollar otras actividades propias de su perfil profesional, necesarias para el cumplimiento del objeto contractual y el fortalecimiento de las funciones misionales de LA SUBRED SUR E.S.E., manteniendo su autonomía técnica y científica.                                                           | -Las demás actividades cumpliendo el objeto contractual de acuerdo a planeación con el Supervisor del contrato                                                                                         | -Cuadro de actividades con supervisor del contrato.                          |

| INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                                               |                  |               |     |     |                                                     |                            |                                                  |                |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|-----|-----|-----------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|----------------|------------|
| Periodo al que corresponde el pago                                                                                                     |                  | Fecha de Pago |     |     | Número de Planilla                                  | Factura Electrónica        | Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior |                | \$ 9588000 |
| AÑO                                                                                                                                    | MES              | AÑO           | MES | DÍA | 9506253234                                          | -                          |                                                  |                |            |
| 2026                                                                                                                                   | MAYO             | 2026          | 06  | 12  |                                                     |                            |                                                  |                |            |
| Valor honorarios certificados el mes anterior en letras                                                                                |                  |               |     |     | NUEVE MILLONES QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL PESOS  |                            |                                                  |                |            |
| Item                                                                                                                                   |                  |               |     |     | Entidades Aportantes a Seguridad Social             | Ingreso Base de Cotización | Valor Mínimo de los Aportes                      | Valor Aportado |            |
| Pensionado                                                                                                                             |                  |               |     | NO  | ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES | \$ 3835200                 | \$ 613632                                        | \$ 616900      |            |
| Salud                                                                                                                                  |                  |               |     |     | EPS SURA                                            |                            | \$ 479400                                        | \$ 481900      |            |
| ARL                                                                                                                                    |                  |               |     | 3   | SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.                 |                            | \$ 93425                                         | \$ 94000       |            |
| Caja de Compensación                                                                                                                   |                  |               |     | NO  |                                                     | Total                      | \$ 1113052                                       | \$ 1192800     |            |
| INFORMACIÓN DE PAGO                                                                                                                    |                  |               |     |     |                                                     |                            |                                                  |                |            |
| Entidad Bancaria                                                                                                                       | BANCOLOMBIA S.A. |               |     |     | Tipo de Cuenta                                      | AHORROS                    | Número de Cuenta                                 | 69214030179    |            |
| HISTÓRICO                                                                                                                              |                  |               |     |     |                                                     |                            |                                                  |                |            |
| OBSERVACIÓN                                                                                                                            |                  |               |     |     | USUARIO                                             |                            | FECHA                                            |                |            |
| CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES                                                                                                    |                  |               |     |     | MARIA CLAUDIA BOJANINI PEREZ                        |                            | 2026-06-20 11:08:33                              |                |            |
| ACEPTADO SUPERVISIÓN                                                                                                                   |                  |               |     |     | JOSE GUILLERMO FORERO LEON                          |                            | 2026-06-22 07:54:12                              |                |            |
| ACEPTADO CONTRATACIÓN                                                                                                                  |                  |               |     |     | MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA                    |                            | 2026-06-22 09:09:47                              |                |            |
| INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA |                  |               |     |     | ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO                      |                            | 2026-07-14 14:22:37                              |                |            |

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.



JOSE GUILLERMO FORERO LEON

**JOSE GUILLERMO FORERO LEON**  
**REFERENTE PEDIATRIA**

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

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                     |                        |          |                       |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|------------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion           | Ciudad-Departamento    | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1140883922                 |    | BOJANINI PEREZ MARIA CLAUDIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | carrera 59 # 84 -77 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3788224  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |  |            |          |            |            |             |             |
|-----------------------------------|---------|-----------|--|------------|----------|------------|------------|-------------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave     |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |             |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago      |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Valor       |
| 2026-05                           | 2026-05 | 383678900 |  | 9506253234 | I        | 2026/06/05 | 2026/06/12 | BANCOLOMBIA | \$1,192,800 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                     |                |            |                |       |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |       |             |             |              |     |        |     |
|------------------------------------------------------|----------------|------------|----------------|-------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|-------|-------------|-------------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                             |                |            | PENSION        |       |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |       |             |             | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                                  | Identificación | Nombres    | Codigo         | Días  | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Días | IBC | Aporte | Codigo  | Días  | IBC         | Aporte      | Días         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                    |                |            |                |       | \$3,835,200 | \$613,700   |           |        | \$3,835,200 | \$479,400   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$3,835,200 | \$93,500    |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)          |                |            |                |       | \$3,835,200 | \$613,700   |           |        | \$3,835,200 | \$479,400   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$3,835,200 | \$93,500    |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO ( 1 Afiliados) |                |            |                |       | \$3,835,200 | \$613,700   |           |        | \$3,835,200 | \$479,400   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$3,835,200 | \$93,500    |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                                    | CC             | 1140883922 | BOJANINI MARIA | 25-14 | 30          | \$3,835,200 | \$613,700 | EPS010 | 30          | \$3,835,200 | \$479,400 | 0    |     | \$0    | \$0     | 14-11 | 30          | \$3,835,200 | \$93,500     | 0   | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                                  |                |            |                |       | \$3,835,200 | \$613,700   |           |        | \$3,835,200 | \$479,400   |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$3,835,200 | \$93,500    |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                              |                 |                    |                     |                        |          |                       |
|-------------------------------|----|------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|------------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                 | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion           | Ciudad-Departamento    | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1140883922                 |    | BOJANINI PEREZ MARIA CLAUDIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | carrera 59 # 84 -77 | BARRANQUILLA-ATLANTICO | 3788224  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |             |           |             |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|-------------|-----------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave     | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |             |           |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco       | Dias Mora | Valor       |
| 2026-05                           | 2026-05 | 383678900 | 9506253234 | I        | 2026/06/05 | 2026/06/12 | BANCOLOMBIA | 7         | \$1,192,800 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                    |                |                        |                    |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|--------------------|----------------|------------------------|--------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO    | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR      |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$613,700          | \$3,200        | \$0                    | \$616,900          |  |
| COLPENSIONES             | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$613,700          | \$3,200        | \$0                    | \$616,900          |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$93,500           | \$500          | \$0                    | \$94,000           |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$93,500           | \$500          | \$0                    | \$94,000           |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$479,400          | \$2,500        | \$0                    | \$481,900          |  |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2  | 1         | \$479,400          | \$2,500        | \$0                    | \$481,900          |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$1,186,600</b> | <b>\$6,200</b> | <b>\$0</b>             | <b>\$1,192,800</b> |  |

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

 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?

☐ SI

☒ 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 |                           |                         |
|--------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | CUENTA FEBRERO 2026 - CTO. 3287 - 2026.pdf | CUENTA FEBRERO 2026 - CTO. 3287 - 2026.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | DIPLOMA GRADO PEDIATRIA.pdf                | DIPLOMA GRADO PEDIATRIA.pdf                | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf                    | HOJA DE VIDA SIDEAP.pdf                    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MARZO 2026 - CTO. 3287 -2026.pdf    | CUENTA MARZO 2026 - CTO. 3287 -2026.pdf    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | PS 3287 2026.pdf                           | PS 3287 2026.pdf                           | Comprador   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA ABRIL 2026 - CTO. 3287 - 2026.pdf   | CUENTA ABRIL 2026 - CTO. 3287 - 2026.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA MAYO 2026 - CTO. 3287 - 2026.pdf    | CUENTA MAYO 2026 - CTO. 3287 - 2026.pdf    | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>



72IltTN6VH



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

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

Certifica que:

**MARIA CLAUDIA BOJANINI PEREZ**

**1140883922**

---

**Cumplió satisfactoriamente con la revisión temática del curso:**

**MANEJO INTEGRAL DEL DUELO**

**con una intensidad horaria de 20 horas.**

**Para constancia se expide:**

**18 de junio de 2026**

**Válido por 02 años**