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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | FRANCY DANIELA LOPEZ PESCADOR | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1030638014 | |
| CORREO ELECTRONICO: | francylopezpescador@gmail.com | | | | CELULAR: | 3123637391 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA FAMILIAR HOSPITAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO37A41 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550001300120654 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1256 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1572 | FECHA | 2026-07-16 14:59:04.000 | NÚMERO DE CRP | 24068 | FECHA | 2026-07-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-06-01 | | 2026-06-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $16,932,324 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | N/A | | | | |

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

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $101,593,944 |
| VALOR EJECUTADO | $84,661,620 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $16,932,324 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $16,932,324 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 83% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 84503481 | $6,772,930 | $846,616 | $1,083,669 | 3 | $164,989 | $2,095,274 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
Supervisor

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

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

Copia certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1.Prestar el servicio de especialista en medicina familiar en los servicios de salud de la subred sur occidente e.s.e. | Se realiza consulta de medicina familiar segun agenda programada | Historia clinica |
| 2.Realizar la consulta procedimientos y actividades concertadas según la programación . | Se realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas. | En ejecucion |
| 3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes de acuerdo a los establecido en la resolución 1995 de 1999 | Realización de historias clínicas sistematizadas con los parámetros establecidos de calidad, teniendo en cuenta las recomendaciones en caso de contingencia | Entrega de historias clínicas. consentimientos informados de manera sistematizada o física adecuadamente para su uso clínico |
| 4. Digitar los registros individuales de servicios - rips, registros estadísticos y demás formatos de la subred sur occidente que le sean indicados por el supervisor del control, registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por el servicios de salud sur occidente e.s.e. | realizar informes, evoluciones, historias clínicas y rips | alimento a diario los sistemas de información a mi cargo |
| 5. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad ( habilitacion y acreditacion ) según requerimientos de la Subred. | Cuando asi se requiera | En ejecucion |
| 6.Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocada | realizo adherencia al decálogo de humanización | aplico el decálogo de humanización proporcionado por la subred |
| 7. Conocer e interiozar los principios y valores institucionales y operativos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia. comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar a la acreditación de la subred sur occidente. | Realizo la referencia y la contrarreferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. | se evidencia e formato de historia clinica y DINAMICAy manual |
| 8. Revisión de agendas de citas de su programacion con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la produccion | realizo reposición de paciente, atención de extras y urgencias | cumplimiento de cronograma y actividades con un cumplimiento del 118%, rendimiento 3,5 y productividad 3,5 para el mes de Enero |
| 9. Cumplir con el estandar de rendimiento optimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias. | Se informa al lider encargado | Informacion por medios de comunicacion al lider encargado |
| 10. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc | Informe del pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensual requerido en la cuenta de cobro aplicativo SURESOC. |
| 11. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato |
| 12.Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Sureso | Informe del pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensual requerido en la cuenta de cobro aplicativo SURESOC. |
| 13. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | Se elabora historia clinica y demas registros clinicos | Historia clinica |
| 14. Participar en los procesos de docencia servicio de acuerdo a los requerimientos institucionales | Realización de actividades asignadas | presentando resultados de auditoria y adherencia a las guias) |
| 15. Manter adecuada adherencia a las guias de practica clinica adaptadas y adopatadas por la institucion | Se elabora historia clinica y demas registros clinicos | Historia clinica |
| 16. Garantizar la adeherenica al plan de contigencia institucional frente a las fallas del sistema | Realizo la referencia y la contrarreferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. | se evidencia e formato de historia clinica y DINAMICAy manual |
| 17.Cumplir de manera obligatoria con las normas de bioseguridad y el Manual de Seguridad del Paciente adoptados por la institución, garantizando la aplicación rigurosa de los protocolos institucionales. Esto incluye, de forma taxativa pero no limitada: la técnica correcta de lavado de manos en los cinco momentos estipulados, el uso permanente y adecuado de la bata y los elementos de protección personal (EPP), y la adherencia a las guías de residuos hospitalarios | Se elabora historia clinica y demas registros clinicos | Historia clinica |
| 18, Prestar sus servicios de manera transversal en las diferentes unidades o áreas de la institución, ajustando su ejecución a las necesidades operativas identificadas por la supervisión del contrato, con el fin de optimizar la respuesta institucional y asegurar la cobertura asistencial según la normativa vigente. | Se elabora historia clinica y demas registros clinicos | Historia clinica |
| 19. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Se realizaron las actividades sujetas al contrato | Se entrega informe |

Copia Certificada Subred Suroccidente

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
Supervisor

---

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

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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1030638014 | FRANCY DANIELA LOPEZ PESCADOR | Cra 70 F Bis 36 A - 36 | 23337983 | francylopezpescador@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 84503481 | 09/06/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | $0 | $2.108.300 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 848.100 | 0 | | 0 | | 0 | 6 | 3.800 | 0 | 851.900 | 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 | 1.085.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 4.800 | 0 | 1.090.300 | 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 | 165.300 | | | | 165.300 | 6 | 800 | 166.100 | | | 1.653 | 166.100 | 1 |

**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 | 6 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 6 | 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 | 848.100 | 851.900 |
| Pensión | 1 | 1.085.500 | 1.090.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 165.300 | 166.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 2.098.900 | 2.108.300 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1030638014 | FRANCY DANIELA LOPEZ PESCADOR | Cra 70 F Bis 36 A - 36 | 23337983 | francylopezpescador@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 84503481 | 09/06/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | $0 | $2.108.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | RIESGOS LABORALES | | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Excenuado | IND | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC 1030638014 | LOPEZ PESCADOR FRANCY DANIELA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 6.784.090 | 30 | 1.085.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 6.784.090 | 30 | 848.100 | 14-11 | 6.784.090 | 30 | 3 | 165.300 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :**
7c26f44fb1e530d133c5907066cbefdb5c81cfd1585c7a368663a8e2188d5dc41c6dabebe4db093b75584c1641acd2d0

**Número de Factura:** SETG-980000006
**Fecha de Emisión:** 25/06/2026
**Fecha de Vencimiento:** 25/06/2026
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Instrumento no definido
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** LOPEZ PESCADOR FRANCY DANIELA
**Nombre Comercial:** LOPEZ PESCADOR FRANCY DANIELA
**Nit del Emisor:** 1030638014
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 8691

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CR 79 F BIS 36 A 56 SUR AP 203 BL 82
**Teléfono / Móvil:** 3123637391
**Correo:** franchesca-18@hotmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** Subred Integrada De Servicios De Salud Sur Occiden
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 900959048
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** Calle 000
**Teléfono / Móvil:** 0000000
**Correo:** francylopezpescador@gmail.com

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 001 | MEDICINA FAMILIAR | NIU | 186,00 | $ 91.034,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 16.932.324,00 |

### Notas Finales

Linea de negocio:

## Datos Totales

**Documento generado el:**
25/06/2026 19:32:32
**Documento validado por la DIAN:**
25/06/2026 19:32:33
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN Nit:800197268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | 0 |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 16932324 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 16932324 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0 |
| **Total impuesto (=)** | 0 |
| **Total neto factura (=)** | 16932324 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 16932324 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | |
|---|---|
| **Subtotal** | 16.932.324,00 |
| Descuento detalle | 0,00 |
| Recargo detalle | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | 16.932.324,00 |
| IVA | 0,00 |
| INC | 0,00 |
| Bolsas | 0,00 |
| Otros impuestos | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | 16.932.324,00 |
| Descuento Global (-) | 0,00 |
| Recargo Global (+) | 0,00 |
| **Total factura (=) COP $** | $ 16.932.324,00 |

**Valores informativos**

| | |
|---|---|
| **ANTICIPOS** | |
| Anticipos | 0,00 |

| | |
|---|---|
| **RETENCIONES** | |
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

| Numero de Autorización: | Rango desde: | Rango hasta: | Vigencia: 2030-01-19 |
|---|---|---|---|
| 18760000001 | 980000000 | 985000000 | |

d77b1f24-51a2-4504-8477-fe04c851f2ad

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud certifica que:

## *Francy Lopez*

ha participado y aprobado el Curso Virtual

## Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 85,67 %

18 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

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

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=d77b1f24-51a2-4504-8477-fe04c851f2ad