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:	Nicole Stephany Muñoz Duque						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1193526867	
CORREO ELECTRONICO:	Nicole081818@gmail.com				CELULAR:	3018156024	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CASA MAS BIENESTAR CONV 8505107-2025 USS BOSTON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO02V03	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	415001519				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	7627			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	2450	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNOLOGO III						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-01-01		2026-01-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,358,631						
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	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:	$7,724,851
VALOR EJECUTADO	$7,724,851
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,358,631
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
35718784	$1,343,452	$167,932	$214,952	3	$32,727	$415,610

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

alexandra porras ramírez
52584641
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
Garantizar la implementación operativa de la estrategia Casa MAS Bienestar, conforme a los lineamientos definidos por la entidad.	Cumplimiento de la implementación operativa de la estrategia Casa MAS Bienestar	Evidencia de implementación (actas, reportes, seguimiento)
Prestar los servicios asignados dentro del Modelo MAS Bienestar, asegurando continuidad y cumplimiento de lo programado.	Prestación de servicios en el marco del Modelo MAS Bienestar	Registros de actividades y soporte operativo
Dar continuidad al acompañamiento de los usuarios, coordinando con equipos de trabajo y entidades externas de apoyo cuando se requiera.	Asegurar continuidad del plan de manejo clínico	Registro de articulaciones con extramurales / IPS
Realizar la atención extramural y dejar los soportes administrativos y de seguimiento correspondientes.	Soportes de la atención extramural	Soportes (planillas, informes, evidencias fotográficas)
Registrar de forma clara y completa la información de los usuarios atendidos, junto con las evidencias requeridas.	Relación de usuarios atendidos con evidencias	Listado + planillas + fotos
Elaborar y presentar el informe de gestión ante el asegurador, dando respuesta a los incumplimientos identificados.	Informe de gestión ante asegurador por incumplimientos	Informe radicado
Organizar, cumplir y dejar soporte del cronograma de turnos y control de asistencia del personal.	Cronograma de turnos con planillas de asistencia	Cronograma + planillas firmadas
Consolidar y reportar mensualmente la información relacionada con el suministro de condiciones de habitabilidad.	Informe consolidado de suministro de condiciones de habitabilidad	Informe mensual (alimentación, aseo, ropa de cama, higiene)
Consolidar y reportar mensualmente la información operativa y de seguimiento requerida para SDS.	Consolidado mensual de información clínica y operativa para SDS	Informe mensual + base de datos + reportes en formato SDS
Mantener actualizada la base de datos de usuarios admitidos y egresados.	Base de datos de usuarios admitidos y egresados	Base de datos actualizada
Registrar y realizar seguimiento al diagnóstico y evolución de los usuarios, de acuerdo con los lineamientos del programa.	Relación del diagnóstico y evolución de usuarios	Informe individual o consolidado
Elaborar y presentar el informe de cierre operativo dentro de los tiempos establecidos.	Informe del plan de cierre operativo	Documento del mes 12 o antepenúltimo
Elaborar y presentar el informe de cierre operativo dentro de los tiempos establecidos.	Informe final técnico–operativo	Informe final con metas, indicadores, logros
Consolidar y presentar las tablas de indicadores y resultados del programa.	Tablas de indicadores y resultados	Tablas + gráficos
Formular recomendaciones técnicas orientadas a la continuidad o mejora del servicio.	Recomendaciones técnicas para continuidad o mejora	Documento de recomendaciones
Ejecutar las actividades asignadas como profesional de salud, dejando los registros y evidencias correspondientes.	Realizar actividades como profesional de salud	Registro de actividades + evidencia
Cumplir las acciones definidas en el plan de trabajo aprobado.	Ejecutar acciones según plan de trabajo	Cumplimiento del cronograma
Proponer acciones de mejora que contribuyan al fortalecimiento del servicio.	Proponer acciones de mejoramiento	Propuestas radicadas
Elaborar y presentar los informes mensuales requeridos por la entidad.	Elaborar informes mensuales requeridos	Informe mensual de actividades
Dar respuesta oportuna a los requerimientos realizados por usuarios y entes de control.	Responder requerimientos de usuarios y entes de control	Respuestas radicadas
Asesorar y participar en los comités institucionales cuando sea convocado.	Asesorar y participar en comités institucionales	Actas o lista de asistencia
Apoyar las actividades asignadas por la Dirección y Subgerencia.	Apoyar actividades de Dirección y Subgerencia	Registros de apoyo o tareas cumplidas
Impartir instrucciones y acompañamiento al personal a cargo, dejando las evidencias correspondientes.	Impartir instrucciones al personal a cargo	Evidencias (chat, actas, planillas)
Velar por el registro oportuno y correcto de las actividades relacionadas con costos y facturación.	Velar por el registro de actividades para costos y facturación	Registros correctos y oportunos
Cumplir los procedimientos institucionales establecidos por la entidad.	Cumplir procedimientos institucionales	Check de cumplimiento
Apoyar el cumplimiento de los planes de mejoramiento y procesos de auditoría.	Cumplir planes de mejoramiento y auditoría	Soportes de acciones realizadas
Generar y registrar acciones de autocontrol y mejoramiento continuo.	Generar acciones de autocontrol y mejoramiento	Registro de acciones
Participar en el cumplimiento de las metas de producción e indicadores definidos.	Participar en metas de producción e indicadores	Reporte mensual
Diligenciar correctamente los formatos asignados, garantizando que sean completos y legibles.	Diligenciar formatos de forma adecuada	Formatos completos y legibles
Realizar seguimiento y supervisión a los contratos asignados, dejando los soportes correspondientes.	Supervisar los contratos asignados	Informe o check-list de supervisión
Diseñar y proponer estrategias de seguimiento a los servicios prestados.	Diseñar estrategias de seguimiento a servicios	Documento / propuesta
Promover el uso adecuado y racional de los recursos asignados.	Promover uso racional de recursos	Evidencia de optimización
Apoyar las acciones relacionadas con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad – SOGC.	Apoyar cumplimiento del SOGC	Evidencias de apoyo
Elaborar y presentar el informe mensual de actividades dentro de los tiempos establecidos.	Elaborar informe mensual de actividades	Informe mensual firmado
Participar en capacitaciones, reuniones y espacios convocados por la entidad.	Participar en capacitaciones y reuniones	Asistencia / evidencias
Reportar fallas de calidad y apoyar la ejecución de acciones correctivas y de mejora.	Notificar fallas de calidad	Reportes de fallas y acciones

Copia Certificada Subred Suroccidente

Cumplir e implementar los procedimientos institucionales definidos por la entidad.	Cumplir e implementar procedimientos institucionales	Verificación de cumplimiento
Realizar la supervisión de los contratos designados y presentar los informes correspondientes.	Supervisión de contratos designados	Informes de supervisión
Entregar mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social.	Entregar constancia de afiliación y pago seguridad social Soportes mensuales	Soportes mensuales
Ejecutar las actividades adicionales asignadas, relacionadas con el objeto del contrato.	Realizar actividades adicionales asignadas	Evidencia de actividades realizadas
Realizar las demás actividades que le sean asignadas, acordes con el objeto contractual.	Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Evidencia de actividades realizadas

alexandra porras ramírez
52584641
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

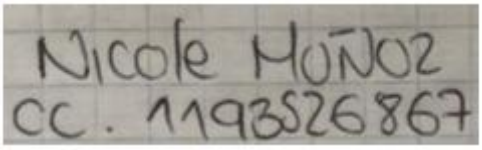
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NICOLE STEPHANY MUÑOZ DUQUE

C.C 1.193.526.867 DE Bogotá

La suma de $ 3.459.390 (Tres millones cuatrocientos cincuenta y nueve mil trecientos noventa pesos m/cte), por concepto de: Prestar servicios apoyo a la gestión administrativa en el área de Casa Más Bienestar dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. de acuerdo al requerimiento institucional en la Dirección Hospitalaria durante el periodo de 1 al 28 de febrero de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 662-2026.



NICOLE STEPHANY MUÑOZ DUQUE

C.C 1.193.526.867 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO 415001519

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1193526867	0	NICOLE STEPHANY MUÑOZ DUQUE	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CALLE 40 SUR 52 30 ALQUERIA		3018156024			STEFHANY81870@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-01	2026-01	36082017	I	2026-02-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	542.300	500	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36082017	2026-02-16	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1193526867	MUÑOZ DUQUE NICOLE STEPHANY	1.423.500																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	218.900	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.750.905	42.700	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	541.800	N	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1193526867	0	NICOLE STEPHANY MUÑOZ DUQUE	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CALLE 40 SUR 52 30 ALQUERIA		3018156024			STEFHANY81870@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-01	2026-01	36082017	I	2026-02-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	542.300	500	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36082017	2026-02-16	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.750.905	1.750.905	1.750.905	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	280.200	0	200	0	280.400
PORVENIR	230301	800224808	8	1	280.200	0	200	0	280.400
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	200	0	219.100
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	218.900	0	200	0	219.100
ARP(Administradoras: 1)				1	42.700	0	100	0	42.800
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	42.700	0	100	0	42.800
Gran Total					541.800	0	500	0	542.300

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? 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		
☐	CUENTA NOVIEMBRE 2025.pdf	CUENTA NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE 2025.pdf	CUENTA DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ENERO 2026.pdf	CUENTA ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Consulta de Certificación

Volver

Supervisor

RAFAEL DAVID ROJAS SERRANO

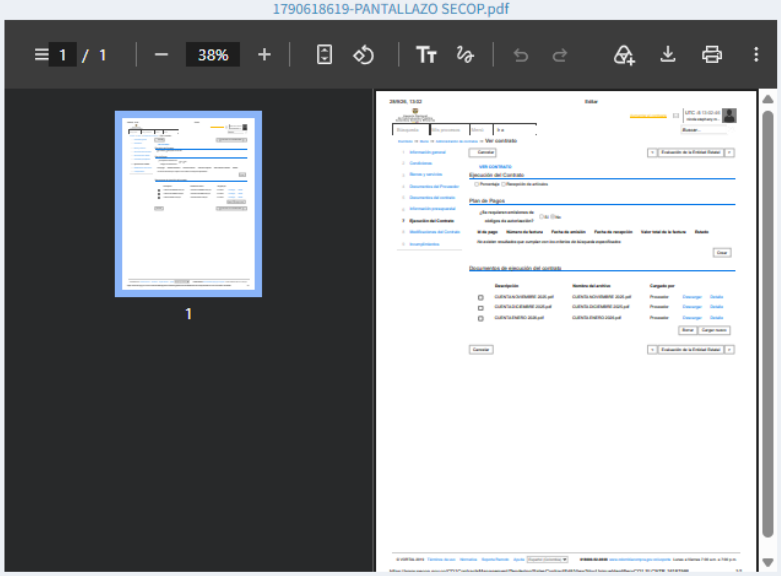
Período de Ejecución del certificado a cargar

28/02/2026

Aprobar Devolver

Certificación

1790618619-PANTALLAZO SECOP.pdf



RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1193526867	0	NICOLE STEPHANY MUÑOZ DUQUE	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CALLE 40 SUR 52 30 ALQUERIA		3018156024			STEFHANY81870@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-02	2026-02	36418880	I	2026-03-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	542.300	500	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36418880	2026-03-16	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.					
1	CC 1193526867	MUÑOZ DUQUE NICOLE STEPHANY	1.423.500																	0			30	30	0	30	PORVENIR-230301	1.750.905	280.200	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.750.905	218.900	SIN CCF-SINCCF	0	0	1.750.905	42.700	0,02436	0	0	0	0	0	59	0	541.800	N	3861001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1193526867	0	NICOLE STEPHANY MUÑOZ DUQUE	I	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	8299	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
11-1	CALLE 40 SUR 52 30 ALQUERIA		3018156024			STEFHANY81870@GMAIL.COM		N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2026-02	2026-02	36418880	I	2026-03-17	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	542.300	500	NEQUI
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	36418880	2026-03-16	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1.750.905	1.750.905	1.750.905	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	280.200	0	200	0	280.400
PORVENIR	230301	800224808	8	1	280.200	0	200	0	280.400
EPS(Administradoras: 1)				1	218.900	0	200	0	219.100
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	218.900	0	200	0	219.100
ARP(Administradoras: 1)				1	42.700	0	100	0	42.800
ARL SURA	14-11	890903790	5	1	42.700	0	100	0	42.800
Gran Total					541.800	0	500	0	542.300

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

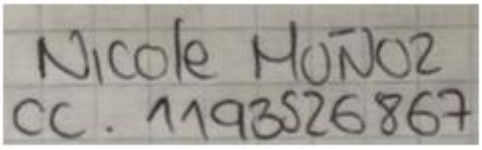
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NICOLE STEPHANY MUÑOZ DUQUE

C.C 1.193.526.867 DE Bogotá

La suma de $ 3.459.390 (Tres millones cuatrocientos cincuenta y nueve mil trecientos noventa pesos m/cte), por concepto de: Prestar servicios apoyo a la gestión administrativa en el área de Casa Más Bienestar dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. de acuerdo al requerimiento institucional en la Dirección Hospitalaria durante el periodo de 1 al 31 de marzog d e 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 662-2026.



NICOLE STEPHANY MUÑOZ DUQUE

C.C 1.193.526.867 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BBVA

NUMERO 415001519

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

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

Certifica que:

NICOLE STEPHANY MUÑOZ DUQUE

CC ***1193526867***

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Responsabilidad Social en Acción: Ruta Hacia La Acreditación - ASISTENCIALES

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *martes, 24 de marzo de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"

QR de verificación:

BOGOTÁ

Nicole Stephany Muñoz Duque

Consulta de Certificación

Volver

Supervisor

RAFAEL DAVID ROJAS SERRANO

Período de Ejecución del certificado a cargar

31/03/2026

Aprobar Devolver

Certificación

1777320503-SECOP.pdf

