Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.**	
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS	SIASUR

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	**Desde:**	2026-04-01	**Hasta:**	2026-04-30	
Nombre del Contratista:	HEIDI TATIANA AMARILLO VILLAMARIN		**Número de Documento:**	1001064410	
Correo Electrónico:	heidi.amarillo@hotmail.com		**Número Telefónico:**	3227487470	
Nombre del Supervisor:	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	**Cargo:**	DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS	**Código - Grado:**	009-05

DATOS DEL CONTRATO

No. Contrato:	3443-2026	**Año Contrato:**	2026	**CDP Contrato Inicial:**	294
Perfil:	MÉDICO GENERAL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS				
Unidad de Servicios:	USS TUNAL				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procetaje(%) Centro de Costos
I01TN	DIRECCIÓN DE SERVICIOS HOSPITALARIOS	USS TUNAL	186	78	39253	$10362792	141.9%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**$ 10362792**	**DIEZ MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y DOSPESOS**					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2026-02-02	**Fecha de Terminación del Contrato Inicial**	2026-06-30
No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**	
1	FEBRERO	$ 9891756	
2	MARZO	$ 11304864	
3	ABRIL	$ 10362792	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 36505290	**$ 36505290**	**$ 31559412**	**$ 4945878**

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1.Desarrollar servicios profesionales de medicina general, aplicando su conocimiento técnico y criterio clínico 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.	-Se realiza atención a los pacientes de la subred sur según formato de historia clínica de manera ágil, adecuada y en alta calidad. Registros encontrados en historias clínicas del sistema dinámico	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA
2	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 a nivel individual, familiar y comunitario, en el marco de su ejercicio profesional.	-Se educa a los pacientes en actividades de promoción y prevención, asistencia a programas de detección temprana de enfermedades, hábitos y estilos de vida saludable.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA
3	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 la Resolución 1995 de 1999, la Resolución 839 de 2017 y las normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.	-Registro en historia clínica de todos los elementos presentados en el formato de forma clara sin siglas, con base en las guías vigentes para la subred integrada de servicios de salud y las guías científicas actualizadas y vigentes en el manejo de las diferentes patologías que presenta el paciente valorado.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA
4	4. Aportar técnicamente, cuando sea requerido, a la elaboración, actualización y aplicación de formatos, protocolos, guías y procedimientos clínicos, 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.	-Diligenciamiento de consentimiento informado, autorización de procedimientos en servicio tratante. Diligenciamiento de fichas de notificación de enfermedades con interés en salud pública, certificados de función, ruaf, medicamentos no incluidos en POS mediante formato MIPRES con el fin de garantizar la atención en salud de manera oportuna, con calidad	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLINICA, FICHAS DE NOTIFICACION, FORMATO MIPRES, RUAF
5	5. Contribuir desde su ejercicio profesional a la identificación, caracterización, manejo, seguimiento y canalización de los usuarios 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.	-Referencia del paciente a especialidades, procedimientos, otras entidades con el fin de garantizar el manejo integral y de calidad de la patología de base.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLINICA, REFERENCIA ADJUNTADA DE PACIENTE A SIASUR
6	6. Articular actuaciones profesionales con los equipos misionales y asistenciales de la entidad, cuando el manejo integral del paciente lo requiera, conforme a la normatividad legal vigente.	-Referencia de pacientes, canalización y activación de Rutas de atención en salud.	-Referencia de pacientes, canalización y activación de Rutas de atención en salud.
7	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 su egreso, remisión y/o seguimiento ambulatorio, conforme a su criterio médico.	-Diligenciamiento de historia clínica de ingreso, evolución del paciente en el servicio, revaloraciones, correspondientes según con formato de acción realizada.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLÍNICA

© Siasur - 2026

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
8	8. Comunicar de forma oportuna y suficiente, en el marco de su ejercicio profesional, al paciente, familiar, acudiente, representante legal o entidad responsable, la evolución clínica, los riesgos y las posibles complicaciones asociadas al manejo instaurado.	-Se informa oportunamente con lenguaje claro y sencillo a familiares y autoridades procedimientos realizados, pronósticos y manejo del paciente.	-REGISTRO Y CONSULTA DE HISTORIA CLINICA, FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
9	9. 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 en todo momento su autonomía técnica y científica.	-Participación en actividades de capacitación, reuniones cercanas con el fin de promover el mejoramiento y la atención con la mejor calidad.	-Participación en actividades de capacitación, reuniones cercanas con el fin de promover el mejoramiento y la atención con la mejor calidad.

© Siasur - 2026

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	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	9502488701	-		$ 11304864
2026	MARZO	2026	04	01				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					ONCE MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y CUATROPESOS			

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	$ 4521946	$ 723511	**$ 723600**
Salud		EPS SÁNITAS		$ 565243	**$ 565300**
ARL	3	SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.		$ 110155	**$ 110200**
Caja de Compensación	NO		**Total**	**$ 1312359**	**$ 1399100**

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488452865634

HISTÓRICO

OBSERVACIÓN	USUARIO	FECHA
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES	HEIDI TATIANA AMARILLO VILLAMARIN	2026-04-17 15:30:45
ACEPTADO SUPERVISIÓN	HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN	2026-04-24 15:13:28
ACEPTADO CONTRATACIÓN	MELBA VIVIANA RODRIGUEZ VELANDIA	2026-04-29 00:13:30
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	2026-05-11 16:20:04

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)
NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

HECTOR JAVIER QUIÑONES ALBARRACIN
DIRECTOR TECNICO SERVICIOS HOSPITALARIOS

Bogotá D.C., 17 de Abril de 2026.

Señores.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SALUD SUR E.S.E.
CONTRATACIÓN – NÓMINA.

Asunto: Carta reconocimiento dependencia económica.

Yo, Heidi Tatiana Amarillo Villamarín, identificada con C.C. 1.001.064.410 de Bogotá, actualmente médico de USS Tunal, por medio de ésta carta quiero dar a conocer, que mi señora madre **OLGA LUCÍA VILLAMARÍN LÓPEZ**, identificada con C.C. 52’037.238 de Bogotá, actualmente depende económicamente de mí, ya que por motivos ajenos mi madre no pudo realizar su cotización de pensión, debido a esto quiero dar a conocer esto a ustedes.

No siendo otro el motivo, quedo atenta y en espera de una muy pronta y asertiva respuesta. Por la atención prestada a la presente, de antemano le quedo altamente agradecida.

Respetuosamente:



HEIDI TATIANA AMARILLO VILLAMARÍN
C.C. 1.001.064.410 de Bogotá D.C.

ANEXO: Fotocopia cédula de mi madre, fotocopia cédula (Heidi Amarillo)

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **52.037.238**

VILLAMARIN LOPEZ

APELLIDOS

OLGA LUCIA

NOMBRES



Olga Lucia Villamarin L.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-JUN-1971**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-DIC-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez T.

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00013284-F-0052037238-20080615 **0000**75168A 1 1390005978

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.001.064.410**

AMARILLO VILLAMARIN

APELLIDOS

HEIDI TATIANA

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **31-OCT-2000**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

01-NOV-2018 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-01048510-F-1001064410-20181204 **0063**55161A 1 1365205585

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1001064410

Indicativo Serial 30109862

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 11 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1011

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA_CUNDINAMARCA=BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido: AMARILLO — Segundo Apellido: VILLAMARIN

Nombre(s): HEIDI TATIANA

Fecha de nacimiento: Año 2000 Mes 10 Día 31 — Sexo (en letras): FEMENINO — Grupo sanguíneo: — Factor RH:

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA_CUNDINAMARCA=BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIMIENTO — Número certificado de nacido vivo: A 2856620

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: VILLAMARIN LOPEZ OLGA LUCIA

Documento de identificación (Clase y número): cc# 52.037.238 de BOGOTA D.E. — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: AMARILLO CIFUENTES CARLOS JULIO

Documento de identificación (Clase y número): cc# 79.443.859 de BOGOTA D.E. — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: AMARILLO CIFUENTES CARLOS JULIO

Documento de identificación (Clase y número): cc# 79.443.859 de BOGOTA D.E. — Firma: Carlos J. Amarillo C.

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): — Firma:

Fecha de inscripción: Año 2000 Mes 11 Día 10

Nombre y firma del funcionario que autoriza: ZULMA NAVARRO DE BAUTISTA — Nombre y firma: ZULMA NAVARRO DE BAUTISTA NOTARIA ONCE

Reconocimiento paterno — Firma:

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento — Nombre y firma:

ESPACIO PARA NOTAS

El denunciante imprime la huella dactilar indice derecho.

ZULMA NAVARRO DE BAUTISTA
Notaría Once

REPUBLICA DE COLOMBIA
NOTARIA 11 DEL CIRCULO DE SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

ZULMA NAVARRO DE BAUTISTA
NOTARIA ONCE

IMPRESO POR DIVISION VALORES

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001064410		AMARILLO VILLAMARÍN HEIDI TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36A # 56 - 61 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-03	2026-03	187967954	9502488701	I	2026/04/07	2026/04/01	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,455,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$4,522,000	$723,600			$4,522,000	$565,300			$2,836,000	$56,800			$4,522,000		$110,200		$0	$0		$1,455,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$4,522,000	$723,600			$4,522,000	$565,300			$2,836,000	$56,800			$4,522,000		$110,200		$0	$0		$1,455,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$4,522,000	$723,600			$4,522,000	$565,300			$2,836,000	$56,800			$4,522,000		$110,200		$0	$0		$1,455,900
1	CC	1001064410 AMARILLO HEIDI									X									25-14	30	$4,522,000	$723,600	EPS010	30	$4,522,000	$565,300	CCF24	30	$2,836,000	$56,800	14-11	30	$4,522,000	2.436%	$110,200	30	$0	$0	No	$1,455,900
Total	**Afiliados(1)**																					$4,522,000	$723,600			$4,522,000	$565,300			$2,836,000	$56,800			$4,522,000		$110,200		$0	$0		$1,455,900

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$723,600	$0	$0	$723,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$723,600	$0	$0	$723,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$110,200	$0	$0	$110,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$110,200	$0	$0	$110,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$56,800	$0	$0	$56,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$56,800	$0	$0	$56,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$565,300	$0	$0	$565,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$565,300	$0	$0	$565,300
TOTAL				**1**	**$1,455,900**	**$0**	**$0**	**$1,455,900**

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		
	COT 3443-2026 FEBRERO HEIDI AMARILLO.pdf (Archivado)	COT 3443-2026 FEBRERO HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COT 3443-2026 ENERO HEIDI AMARILLO.pdf	COT 3443-2026 ENERO HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	COT 3443-2026 FEBRERO HEIDI AMARILLO..pdf	COT 3443-2026 FEBRERO HEIDI AMARILLO..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	PS 3443 2026.pdf	PS 3443 2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	COT 3443-2026 MARZO HEIDI AMARILLO.pdf	COT 3443-2026 MARZO HEIDI AMARILLO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Hoja de vida SIDEAP.pdf	Hoja de vida SIDEAP.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Diploma profesional.pdf	Diploma profesional.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Heidi Tatiana Amarillo Villamarín, identificado(a) con CC número 1001064410, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1001064410
NOMBRES Y APELLIDOS	Heidi Tatiana Amarillo Villamarín
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	31/10/2000
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/04/2026
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/04/2026
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1001064410 Trabajador Independiente
Desde 01/04/2026 - Vigente

Generado por interfaces 17/04/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

NR-018928

H U M A N S

Educación en Salud Para el Talento Humano S.A.S

NIT: 901677007-5

PARA EL TALENTO HUMANO

CERTIFICA QUE:

HEIDI TATIANA AMARILLO VILLAMARIN

C.C. No. 1001064410

Cumplió satisfactoriamente lo requerido académica, legal y reglamentariamente del Curso Teórico. Comunicados por el ministerio de educación bajo el artículo 43 de la ley 115 de 1994 y el acuerdo con el artículo 2.6.6.8. El acuerdo 056 del ministerio de protección social para impartir programas de educación para el trabajo y desarrollo humano. Según la normatividad de la resolución 3100 del 2019, Resolución 0156 del 2021.

PARA CURSO CUIDADO DEL PACIENTE DONANTE Y GESTIÓN ESTRATÉGICA DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Realizado el 2026-01-19 con una intensidad de 60 horas
Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de su expedición.

Autenticidad: https://humanscol.com/verifica/i/MTg5Mjh8fDd8fDIzODA=

CERTIFICACIÓN DE CALIDAD HÉROE CAPACITADO

NASSER YAMIT MEJÍA GUTIÉRREZ
CC.1120741713
COORDINADOR CIENTÍFICO

DIEGO ALEJANDRO MORA FIGUEROA
CC.1083865832
GERENTE GENERAL

Si desea verificar la validez de este documento puede comunicarse al siguiente número de teléfono 3187985394, o escribirnos vía correo electrónico gerencia@humanscol.com
www.humanscol.com