

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                                  |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | DIANA CAROLINA GARZON VARON                      |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                              | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1016071048 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | diana_caro_carolina@hotmail.com                  |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3112325861 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                  |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | HOSPITALIZACION MEDICINA GENERAL<br>USS FONTIBÓN |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO03I01           | 100                      |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DE BOGOTA          |                                                  |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 608158168                                        |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 735                      |                                                  |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1146              | FECHA                    | 2026-05-14<br>15:16:14.000                       | NÚMERO DE CRP       | 20338                            | FECHA         | 2026-05-28<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | ENFERMERO                |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                            | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  | 2026-06-01          |                                  |               | 2026-06-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                  | \$5,824,632         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                          |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                  |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                  |                     |                                  | \$28,196,514  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  |                     |                                  | \$25,813,710  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                  |                     |                                  | \$5,824,632   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                  |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                  |                     |                                  | \$2,382,804   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                  |                     |                                  | 92%           |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 |                                                                                     |            |
| 1081962721                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,694,438       | \$211,805                | \$271,110                                        | 3                   | \$41,277                         | \$524,191     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                   |                          |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Luz Dary Castro Herran<br>52456529<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                                  |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTOS                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.                                                                            | Apoyo la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.                                                                           | ORDENES MEDICAS                                    |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                               | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                              | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL |
| ) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL |
| Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.                                                                                                                                                                                                     | Participo en la entrega de turno según el procedimiento establecido.                                                                                                                                                                                                    | PLAN DE ENFERMERIA                                 |
| Participar en la programación de las actividades del área.                                                                                                                                                                                                                | Participo en la programación de las actividades del área                                                                                                                                                                                                                | CUANDO SE REQUIERA                                 |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente                                                                                                                                                                | Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                             | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL |
| 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.                                                                                      | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participo en los análisis a los que sea convocado e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                       | CUANDO LO REQUIERA                                 |
| Impartir instrucciones al personal a cargo                                                                                                                                                                                                                                | Imparto instrucciones al personal a cargo                                                                                                                                                                                                                               | PLAN DE ENFERMERIA                                 |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                                  | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                                 | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL |
| Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.                                                                                                                                                                              | Realizo los procedimientos al usuario acorde con mis responsabilidades dentro del servicio.                                                                                                                                                                             | PROTOCOLOS INSTRUCIONALES                          |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                   | Practico el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera mi participación.                                                                                                                                                                                  | CUANDO SE REQUIERA                                 |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención                                                                                                                                                                                           | Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                         | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION DINAMICA GERENCIAL |
| Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.                                                                                                                                                                              | Promuevo acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.                                                                                                                                                                            | CUANDO SE REQUIERA                                 |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                                 | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                                | PROTOCOLOS INSTRUCIONALES                          |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.                                                                                                               | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.                                                                                                              | FORMATO INSTITUCIONAL                              |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                           | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades asignadas y entregare a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                                                            | CUANDO SE REQUIERA                                 |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                           | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                          | CUANDO SE REQUIERA                                 |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                             | Conocere y dare cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                         | CUANDO SE REQUIERA                                 |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                                                      | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                                                     | CUANDO SE REQUIERA                                 |

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                        |                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | SISTEMA DE INFORMACION                                                                  |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado                                                                        | Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado                                                                        | CUANDO SE REQUIERA                                                                      |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente  | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente  | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila) APLICATIVO SURESOC                  |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. |

Luz Dary Castro Herran  
52456529  
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DIANA CAROLINA GARZON VARON**  
**C.C 1016071048 DE BOGOTA.**

La suma de \$ 5.824.632 por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial como ENFERMERA, durante el periodo del 1 al 30 de JUNIO 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 735-2026.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'HCGV', is written over a horizontal line. The signature is stylized and cursive.

**DIANA CAROLINA GARZON VARON**  
**C.C 1016071048 DE BOGOTA**  
**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA**  
**NUMERO 608158168**

PAGADO 08/07/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                             |                    |                           |
|---------------------|-----------------------------|--------------------|---------------------------|
| Razón Social        | DIANA CAROLINA GARZON VARON |                    |                           |
| Documento           | CC1016071048                | Dirección          | CRA 104 # 13 D 77 CASA 64 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE               | Teléfono           | 3112325861                |
| Tipo Persona        | NATURAL                     | Forma Presentación | ÚNICO                     |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                 | Departamento       | BOGOTA D.C.               |
| Representante Legal |                             | Identificación     |                           |
| Total Afiliados     | 1                           | ARP                | ARL SURA                  |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                             |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |     |          | Riesgos  |          |          | Cajas                |              |                | Parafiscales         |              |              |        | Total        |                |                       |              |             |             |             |      |                   |            |
|--------------------|-----------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|-----|----------|----------|----------|----------|----------------------|--------------|----------------|----------------------|--------------|--------------|--------|--------------|----------------|-----------------------|--------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres         | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TDE | TDP | TAP | USP | COR | SVT | SGR | IME | LMC       | VAC | VAP | VCT   | IRP | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Administradora       | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora       | IBC Salud    | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora        | IBC Caja     | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total      |
| CC 1016071048      | DIANA CAROLINA GARZON VARON | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       | 0   | 30       | 30       | 30       | 30       | (25-14) COLPENSIONES | \$ 2.330.000 | \$ 372.800     | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 2.330.000 | \$ 291.300   | 2,436  | \$ 2.330.000 | \$ 56.800      | (CCF24) COMPENSAR CCF | \$ 2.330.000 | \$ 46.600   | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 767.500 |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas    | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 2.330.000 | \$ 2.330.000 | \$ 2.330.000 | \$ 2.330.000 | \$ 372.800      | \$ 291.300    | \$ 56.800       | \$ 46.600     | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 767.500                     | \$ 0                    | \$ 767.500  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!

Medellin, 21 de julio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **DIANA CAROLINA GARZON VARON** con documento de identidad **C1016071048**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin  | Tipo cotizante                                                          | Centro de trabajo   | Código C.T  | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2024-07-01   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | PRINCIPAL BOGOTA DC | 0000000 001 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |

# ASEGURATE JULIO 2026



The image is a screenshot of a web browser displaying a Google Forms submission confirmation page. The browser's address bar shows 'docs.google.com/'. The main content area has a white background with a purple header bar at the top. The title 'ASEGURATE JULIO 2026 - HOSPITAL FONTIBON' is centered in large, bold, black text. Below the title, the text 'Se registró tu respuesta.' is displayed. A blue link 'Enviar otra respuesta' is positioned below the confirmation text. At the bottom of the white box, there is a disclaimer: 'Google no creó ni aprobó este contenido.' followed by links to 'Comunicarse con el propietario del formulario', 'Condiciones del Servicio', and 'Política de Privacidad'. Below the white box, there is a link '¿El formulario parece sospechoso? Informe'. The Google Forms logo is centered at the bottom of the page.

docs.google.com/

## ASEGURATE JULIO 2026 - HOSPITAL FONTIBON

Se registró tu respuesta.

[Enviar otra respuesta](#)

Google no creó ni aprobó este contenido. - [Comunicarse con el propietario del formulario](#) - [Condiciones del Servicio](#) - [Política de Privacidad](#)

¿El formulario parece sospechoso? [Informe](#)

Google Formularios



0283f2be-f769-4ddb-94dd-34ff2f6de5b4

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Diana Carolina Garzon Varon***

ha participado y aprobado el:

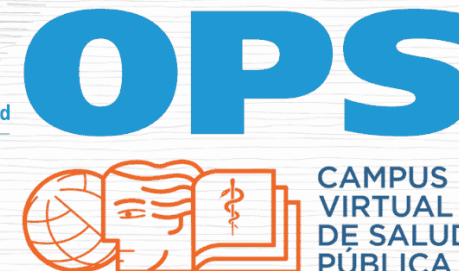
**Curso básico de prevención y control de  
infecciones multirresistentes en el hospital**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 88,00 %

22 de julio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



# AUDITORIAS A HISTORIAS CLINICAS

Lista de Chequeo Seguimiento a las Buenas Prácticas por Enfermería

2057502 / 2026-07-21 / Diana Carolina Carzon Varon

CALIFICACION

87,22%

Página 1

Realizado Por:

Diana Carolina Carzon Varon

Perfil

Jefe de enfermería

Fecha

2026-07-20

Servicio

Segundo piso Hospitalización

Turno

Noche

Nombre del colaborador

Nikol Escobar - HC evaluada: 5956095

Localidad

LOCALIDAD DE PONTIBON

Editar

Cerrar

Lista de Chequeo Seguimiento a las Buenas Prácticas por Enfermería

2057503 / 2026-07-21 / Diana Carolina Carzon Varon

CALIFICACION

95,00%

Página 1

Realizado Por:

Diana Carolina Carzon Varon

Perfil

Jefe de enfermería

Fecha

2026-07-20

Servicio

Segundo piso hospitalización

Turno

Noche

Nombre del colaborador

Sandra Patricia Buttrago - HC evaluada: 2932302

Localidad

LOCALIDAD DE PONTIBON

Editar

Cerrar

Lista de chequeo: auditoría de calidad e diligenciamiento de historia clínica de enfermería (autocontrol)

2057504 / 2026-07-21 / Diana Carolina Garzon Varon

TOTAL

81,67%

Página 1

SEDE

USS FONTIBON

Colaborador o Colaboradores

Diana Carolina Garzon Varon

Servicio

Segundo piso hospitalizacion

Turno

Noche

Historia clinica

22617421 - Personal auditado: Auxiliar Sandra Patricia Buitrago

de julio 1 a diciembre 31 del 2024

2026-07-20

EVALUACION CALIDAD FORMAL

Cumple

No

No

Editar

Cerrar

Lista de Chequeo: seguimiento a las Buenas Prácticas por Enfermería

2056957 / 2026-07-19 / Diana Carolina Garzon Varon

CALIFICACION

89,33%

Página 1

Realizado Por:

Diana Carolina Garzon Varon

Perfil

Enfermera

Fecha

2026-07-18

Servicio

Segundo piso hospitalizacion

Turno

Noche

Nombre del colaborador

Sandra Patricia Buitrago - HC: 28697986

Localidad

LOCALIDAD DE FONTIBON

Editar

Cerrar

2056956 / 2026-07-19 / Diana Carolina Garzon Varon



**TOTAL**  
**96,00%**

**Página 1**

**SEDE**

USS FONTIBON

**Colaborador o Colaboradores**

Nikol Escobar Duarte - Auditor: Diana Carolina Garzon Varon

**Servicio:**

Segundo Piso Hospitalizacion

**Turno**

Noche 1

**Historia clinica**

41406170

de julio 1 a diciembre 19 del 2024

2026-07-19

**EVALUACION CALIDAD FORMAL**

Completado

No

No

Editar

Cerrar

# PLANES DE ENFERMERIA

Tablero de control RE

Agregar

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos

Consultar Registros 24H

Accesos Directos

Menu RE

1 de Medicamentos

Planilla de Suministros

Traslado Efectivo

Escala de Dorier / Wong-Baker

Escala de Braden (Adulto)

Valoración Riesgo de Caída

Control de Venopunciones

Plan de cuidados (NANDA)

Paciente: 2231548 - ADRIAN ALEJANDRO ARIZA SORIANO - Masculino - 45 Años / 1 Meses / 17 Días

Ingreso: 15018817 - Hospitalario - Urgencias - Cama: FN208A

Deshabilitar registro

Grabar Registro

Plan de cuidados

Valoración inicial

Diagnóstico

Código

Nombre

Q

Dominio

Código

Nombre

Q

NIC

NOC

% de ejecución

5250

APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES

1

1

Horas

Completada

100%

1800

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

1

1

Horas

Completada

100%

1800

AYUDA CON EL AUTOCUIDADO

1

1

Horas

Completada

100%

Ejecuciones

Historio

Fecha y hora de r...

Observaciones

Q

Q

Fecha y hora de ejecución ...

Difere...

Enfermer@

Q

10

20

40

Página 1 de 1 (3 items)

1

© 2025 Sistemas y Asesorías de Colombia S.A.

DCENFERES01 | Hospitalización - P003 - HOSPITAL FONTIBON | Versión: 2025 | Upgrade: 06 | Fecha: 26.10.21

Tablero de control RE

Agregar

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos

Consultar Registros 24H

Accesos Directos

Menu RE

Info General

Peso/Talla

Registro de Líquidos

Signos Vitales

Notas de Enfermería

Planilla de Medicamentos

Planilla de Suministros

Traslado Efectivo

Plan de cuidados (NANDA)

Paciente: 79004577 - CARLOS ARTURO GARCIA MARTINEZ - Masculino - 48 Años / 11 Meses / 18 Días

Ingreso: 15088773 - Hospitalario - Urgencias - Cama: FN0812

Deshabilitar registro

Grabar Registro

Plan de cuidados

Valoración inicial

Diagnóstico

Código

Nombre

Q

Dominio

Código

Nombre

Q

NIC

NOC

% de ejecución

4010

PREVENCIÓN DE MEMORIAS

1

1

Horas

Completada

100%

Ejecuciones

Historio

Fecha y hora de r...

Observaciones

Q

Q

Fecha y hora de ejecución ...

Difere...

Enfermer@

Q

10

20

40

Página 1 de 1 (3 items)

1

© 2025 Sistemas y Asesorías de Colombia S.A.

DCENFERES01 | Hospitalización - P003 - HOSPITAL FONTIBON | Versión: 2025 | Upgrade: 06 | Fecha: 26.10.21

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos

Consultar Registros 24H

Accesos Directos

Menu RE

Líquidos X

Signos Vitales X

Notas de Enfermería X

Planilla de Medicamentos X

Planilla de Suministros X

Traslado Efectivo X

Escala de Braden (Adulto) X

Valoración Riesgo de Caída X

Plan de cuidados (NANDA) X

Paciente: 79254582 - GABRIEL JIMÉNEZ - Masculino - 70 Años / 7 Meses / 18 Días

Ingreso: 15093949 - Hospitalario - Urgencias - Cama: FN2048

Deshabilitar registro

Grabar Registro

Plan de cuidados

Valoración Inicial

| Diagnóstico |                         | Dominio |           | NIC        | NOC  | % de ejecución |
|-------------|-------------------------|---------|-----------|------------|------|----------------|
| Código      | Nombre                  | Código  | Nombre    |            |      |                |
| 3310        | EDUCACIÓN PARA LA SALUD | 12      | 1 Hora(s) | Completada | 100% |                |

Ejecuciones

Histórico

| Fecha y hora de r... | Observaciones                                  | Fecha y hora de ejecución ... | Difere...  | Enfermer@                  |
|----------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|------------|----------------------------|
| 16/07/2026 20:00     | SE EJECUTA ACTIVIDAD AL 100% DURANTE EL TURNO. | 17/07/2026 19:34              | 16/07/2026 | GARCÓN VIRON DANA CAROLINA |

10

20

Registro grabado correctamente

© 2026 Sistemas y Asociados de Colombia S.A.

DGEMPREST1 - Hospitalización - P003 - HOSPITAL FONTIBÓN | Versión 2026 Upgrade 36 Fecha: 26.10.21

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos

Consultar Registros 24H

Accesos Directos

Menu RE

Info General

Peso/Talla X

Registro de Líquidos X

Signos Vitales X

Notas de Enfermería X

Planilla de Medicamentos X

Planilla de Suministros X

Plan de cuidados (NANDA) X

Paciente: 20081362 - MARINA RUIZ BARRETO - Femenino - 90 Años / 8 Meses / 28 Días

Ingreso: 14703344 - Ambulatorio - Urgencias

Deshabilitar registro

Grabar Registro

Plan de cuidados

Valoración Inicial

| Diagnóstico |        | Dominio |        | NIC | NOC  | % de ejecución |
|-------------|--------|---------|--------|-----|------|----------------|
| Código      | Nombre | Código  | Nombre |     |      |                |
|             |        |         |        |     | 100% |                |

Ejecuciones

Histórico

| Fecha y hora de r... | Observaciones                                  | Fecha y hora de ejecución ... | Difere...  | Enfermer@                  |
|----------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|------------|----------------------------|
| 16/07/2026 20:00     | SE EJECUTA ACTIVIDAD AL 100% DURANTE EL TURNO. | 16/07/2026 19:02              | 16/07/2026 | GARCÓN VIRON DANA CAROLINA |

10

20

40

Página 3 de 3 (45 ítems)

1

2

3

Página 1 de 1 (3 ítems)

1

© 2026 Sistemas y Asociados de Colombia S.A.

DGEMPREST1 - Hospitalización - P003 - HOSPITAL FONTIBÓN | Versión 2026 Upgrade 36 Fecha: 26.10.21

REGISTRO DE ENFERMERÍA

Parámetros Ventilatorios y Gases Sanguíneos

Consultar Registros 24H

Accesos Directos

Menu RE

de Medicamentos X

Planilla de Suministros X

Traslado Efectivo X

Escala de Dolor / Wong-Baker X

Escala de Braden (Adulto) X

Valoración Riesgo de Caída X

Control de Venopunciones X

Plan de cuidados (NANDA) X

Paciente: 28114003 - HORTENSIA SANTAMARÍA - Femenino - 94 Años / 2 Meses / 17 Días

Ingreso: 15118185 - Hospitalario - Urgencias - Cama: FN205A

Deshabilitar registro

Grabar Registro

Plan de cuidados

Valoración Inicial

| Diagnóstico |                                  | Dominio |            | NIC        | NOC  | % de ejecución |
|-------------|----------------------------------|---------|------------|------------|------|----------------|
| Código      | Nombre                           | Código  | Nombre     |            |      |                |
| 1640        | PREVENCIÓN DE LESIONES           | 12      | 1 Hora(s)  | Completada | 100% |                |
| 1665        | MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL | 1       | 1 Hora(s)  | Completada | 100% |                |
| 6490        | PREVENCIÓN DE CAÍDAS             | 1       | 12 Hora(s) | Completada | 100% |                |

Ejecuciones

Histórico

| Fecha y hora de r... | Observaciones                                  | Fecha y hora de ejecución ... | Difere...  | Enfermer@                  |
|----------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|------------|----------------------------|
| 20/07/2026 20:00     | SE EJECUTA ACTIVIDAD AL 100% DURANTE EL TURNO. | 21/07/2026 12:32              | 20/07/2026 | GARCÓN VIRON DANA CAROLINA |

10

20

40

Página 1 de 1 (3 ítems)

1

© 2026 Sistemas y Asociados de Colombia S.A.

DGEMPREST1 - Hospitalización - P003 - HOSPITAL FONTIBÓN | Versión 2026 Upgrade 36 Fecha: 26.10.21

# EAC LOCAL JULIO 2026





Administradora de los Recursos del Sistema  
General de Seguridad Social en Salud  
ADRES

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC   | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|-----------|-----------------|
| CC                  | 1016071048            | GARZON          | VARON            | DIANA         | CAROLINA       | 2026-06                   | Sanitas   | COTIZANTE       |
| CC                  | 1016071048            | GARZON          | VARON            | DIANA         | CAROLINA       | 2016-10                   | Cafesalud | BENEFICIARIO    |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas | 06/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2026              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2025              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |



Administradora de los Recursos del Sistema  
General de Seguridad Social en Salud  
ADRES

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas | 02/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2024              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|---------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas | 05/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 08/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 07/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 06/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 05/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 04/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 03/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 02/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 01/2019              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 12/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 11/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 10/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas | 09/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Sanitas   | 08/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 07/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 06/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 05/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 04/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 03/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 02/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 01/2018              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 12/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 11/2017              | 2                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 10/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 09/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 08/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 07/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 06/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 05/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 04/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 03/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 02/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Sanitas   | 01/2017              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| Cafesalud | 10/2016              | 11               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 09/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 08/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 07/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 06/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 05/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 04/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 03/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 02/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 01/2016              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 12/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 11/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 10/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |

| EPS/EOC   | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|-----------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| Cafesalud | 09/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 08/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 07/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 06/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 05/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 04/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 03/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 02/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 01/2015              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 12/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 11/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 10/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 09/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 08/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 07/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 06/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 05/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 04/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 03/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 02/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 01/2014              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 12/2013              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 11/2013              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |
| Cafesalud | 10/2013              | 30               | BENEFICIARIO  | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo "Observación \*" denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.



## **CERTIFICADO DE ENTRENAMIENTO**

bioMérieux Colombia certifica que

# **DIANA CAROLINA GARZÓN VARÓN**

## **COMPLETÓ Y APROBÓ EL CURSO**

**Buenas prácticas de Hemocultivos (Módulo 1 - Téorico)**

MODALIDAD VIRTUAL - EL 07/07/2026

**Natalia ALDANA**  
Gerente de Producto  
Microbiología Manual

**Romain BRUNEL**  
Gerente de  
Asuntos Médicos

**Luisa DUARTE**  
Gerente de Producto  
Microbiología Automatizada



De momento, se pueden ver algunos resultados. La puntuación final estará lista una vez completada la calificación.

Cosas importantes que puede hacer a continuación

[Ver resultados](#)

[Guardar mi respuesta pa...](#)

[Enviar otra respuesta](#)

Microsoft Forms

**¡Prepárese para su propia invitación al evento!**



Registro de

Invite a personas, re  
personalice detalles para  
el tema de la  
Comenzar

EVALUACIÓN



Comenzar a

