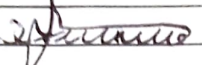
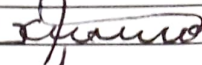
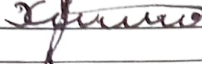
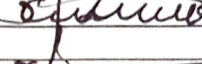
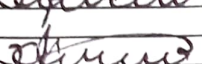
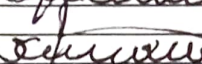
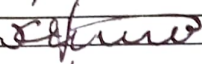
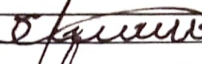
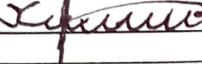
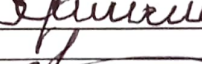
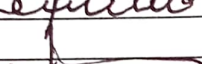
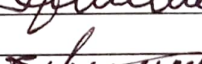
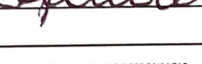


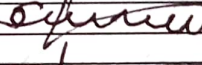
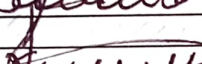
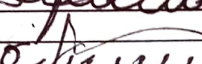


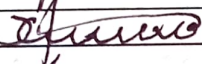
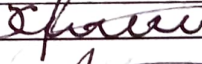
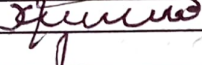
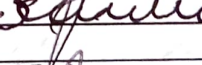
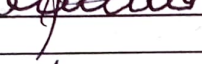

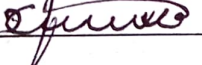

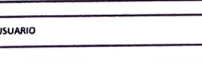


	CERTIFICACIÓN DE TURNOS REALIZADOS POR CONTRATOS ENFERMERÍA EN ATENCIÓN DOMICILIARIA		COPIA DE BOM VERIFICADA FECHA: 10/02/2024 PAGINA 1/5
	INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
	NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE: <u>Dolores Solís Amador</u> IDENTIFICACIÓN: <u>26.266.370</u> EDAD: <u>53</u> EPS: <u>As. Incl. S</u> DIRECCIÓN: <u>Rox-192 El Prado</u> CIUDAD Y/O MUNICIPIO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO: DIAGNÓSTICO DEL PACIENTE: <u>Síndrome de Eoz. diabético mellitus, complicación mixta.</u> PERIODO DE ATENCIÓN (MES): <u>Diciembre</u> FECHA DE INICIO: <u>21 de Diciembre de 2024</u>		

Se otorga la firma de este documento, que representa la conformidad de la atención de enfermería que la entidad AS. Incl. S. presta a los usuarios, en cumplimiento de los deberes y responsabilidades para el control de los servicios prestados ante la entidad que me representa. Se me entregará el documento original a la entidad para su archivo, por lo tanto, quedo representado por los datos debidamente autorizados para firmar y dar fe de cumplimiento de los servicios prestados.

FECHA	TURNO	FIRMA AUXILIAR ASIGNADA	FIRMA DE FAMILIAR RESPONSABLE	FECHA	TURNO	FIRMA AUXILIAR ASIGNADA	FIRMA DE FAMILIAR RESPONSABLE
1	DIA	Dolores M. Niz		9	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
2	DIA	Dolores M. Niz		10	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
3	DIA	Dolores M. Niz		11	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
4	DIA	Dolores M. Niz		12	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
5	DIA	Dolores M. Niz		13	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
6	DIA	Dolores M. Niz		14	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
7	DIA	Dolores M. Niz		15	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
8	DIA	Dolores M. Niz		16	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
17	DIA	Dolores M. Niz		25	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
18	DIA	Dolores M. Niz		26	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
19	DIA	Dolores M. Niz		27	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
20	DIA	Dolores M. Niz		28	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
21	DIA	Dolores M. Niz		29	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
22	DIA	Dolores M. Niz		30	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
23	DIA	Dolores M. Niz		31	DIA	Dolores M. Niz	
	NOCHE				NOCHE		
24	DIA	Dolores M. Niz		JEFE DE ENFERMERIA			
	NOCHE			JEFE DE PERSONAL			

OBSERVACIONES DEL FAMILIAR O USUARIO