Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Idayaleth García B
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Idayaleth García identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072522774 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊕ Hepatitis B ⊕ Hepatitis C ⊕

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3217797587
   O mi correo electrónico _____
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Diciembre del año 2023.

Idayaleth García Balles...
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072522774

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Fredins Ruiz Perez
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Valery Tapias Herrera
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Valery Tapias identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063139297 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3003234554.
O mi correo electrónico tapiasvalery@gmail.com.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Octubre del año 2023.

Valery Tapia
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paola Ruiz P
C.C. 1063144008
REGISTRO 2324130112

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Lorena Lucia Herrera
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lorena Herrera identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 30652925 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3005284721.
   O mi correo electrónico Lucialherreracorrea@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Dic del año 2023.

Lorena Herrera Correa
PACIENTE
C.C. o HUELLA 30652925

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1063149098

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Rosa Maneta Hernandez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Rosa Hernandez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063145536 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (x) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3003621480.
   O mi correo electrónico hernandezhenao11@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Dcubre del año 2023.

Rosa Hernandez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063146536.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1063140008.
REGISTRO 232430112

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Franklin Fadul De Hoyos.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, _____identificado(a) con la cédula de ciudadanía número _____manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3001742206.
O mi correo electrónico franklinfadul@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Octubre del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

TESTIGO
C.C. o HUELLA_____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430172

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Estefany Espinosa
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Estefany Espinosa identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003432382 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3014016332
   O mi correo electrónico Estefanyespinosaortiz@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Diciembr del año 2023.

Stefany Espinosa Ortiz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003432382

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/22

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Kevin allin Cuadrado
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Kevin Allin identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067929530 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ⊕ Hepatitis B ⊕ Hepatitis C ⊕

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3173321182
O mi correo electrónico allincua.kevinstiven11@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

Kevin stiven allin
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067929530

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Loalvio Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Marlly Assias Páez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marlly Assias Páez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062428452 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊕ Hepatitis B ⊕ Hepatitis C ⊕

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3008211247
O mi correo electrónico assiasmarlly@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de diciembre del año 2023.

Marlly Assias Páez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062428452

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelvia Hernandez H

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Laura Vanessa Gómez Vargas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Laura Gómez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067861970 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (x) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (x) Sífilis (x) Hepatitis B (x) Hepatitis C (x)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (x) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3117781854
   O mi correo electrónico gomezvargaslaura96@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de diciembre del año 2023.

Laura Gómez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067861970

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Leslie Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Daniela Grandett Guerra
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Daniela Grandett identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1064990222 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3023103431
O mi correo electrónico danielagrandettguerra@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de diciembre del año 2023.

Daniela Grandett
PACIENTE
C.C. o HUELLA



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelvia Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 23/2430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Jeany Revillo Gonzalez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jeany Revillo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062431032 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3218190778
   O mi correo electrónico revillogonzalez@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de dic del año 2023.

Jeany Revillo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062431032

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Loredvia Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430112

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Gabriel Araujo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Gabriel Araujo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067858061 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3042454670
   O mi correo electrónico gabrieleliasarayo vuiz@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Dic. del año 2023.

Gabriel Araujo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067858061



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Darlvio Hernandez
C.C. 1063144008
REGISTRO 23 2430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Moiro Guzman Negret
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Moiro Guzman identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067166858 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (1) Sífilis (⊖) Hepatitis B (2) Hepatitis C (○)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3135729223
O mi correo electrónico guzmanmartinez1@Hotmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Monteria a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Moiro Guzma
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067166858

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz Gomez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Luz Angelos Traverso Arrieta
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luz Angelos Traverso identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003457256 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3233719183
O mi correo electrónico lichi0312@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Luz Angelos Traverso
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003457256

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelvia Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Leandra Coy Peñata
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Leandra coy peñata identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1001117067 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH Ø Sífilis Ø Hepatitis B Ø Hepatitis C Ø

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (/) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3147026845
O mi correo electrónico Leandracoy50@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Monteria a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

Leandra Coy Peñata
PACIENTE 1001117067
C.C. o HUELLA



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelvis Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Carlos Mariaga Correa
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carlos Mariaga identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063.716.591 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (✓) Sífilis (✓) Hepatitis B (✓) Hepatitis C (✓)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3215640376
O mi correo electrónico carlosmariaga770@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

Carlos Mariaga
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063.716.591



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorena Ruiz H
C.C. 23243012

REGISTRO 1063144008

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Dayana López Nagles
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dayana López identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1064984988 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3127266549
   O mi correo electrónico dlopeznagles@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Dic del año 2023.

Dayana López Nagles
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1064984988

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA

C.C. 1063149008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Valentina Gonzalez camargo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Valentina Gonzalez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1038102046 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3104952273
   O mi correo electrónico gonzalezvalentinacamargo11@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Octubre del año 2023.

Valentina Gonzalez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1038102046

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jenlis Ortiz

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

María José Díaz Arias.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María José Díaz Arias identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1066174475 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (+) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (+) Sífilis (+) Hepatitis B (+) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (+) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3207307271
   O mi correo electrónico mariajosediazarias616@gmail.com.
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

María José Díaz Arias.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.066.174.475

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Yahair Rodriguez Paez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yahair Rodriguez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062431362 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3248637704
   O mi correo electrónico Yahair0403@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Yahair Rodriguez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062431362



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yerelvio Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/2023

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

María José Noble
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María José Noble identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1069811559 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3108949144
   O mi correo electrónico mariajosenoblen@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

María Noble
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1069811559

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Samuel David Contreras Ricardo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Samuel Contreras identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1069467064 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊕ Hepatitis B ⊕ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3017352655
O mi correo electrónico TheWalker9596@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Samuel Contreras
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1069467064



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Carlos Alfonso Hernandez H
C.C. 1063144008
REGISTRO 23243012

Julián Sierra
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Julián Sierra identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1102807132 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3053859175
   O mi correo electrónico julfernandez.2609@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Monteria a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

Julián Sierra
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1102807132

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Costelly Issa+
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Catlelly Issa T. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063135861 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3012459148
   O mi correo electrónico catlelly.issa@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Dicbre del año 2023.

Catlelly ISSA
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz Perez
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Angélica María Sáez De León
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Angélica Sáez De León identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 25.878.504 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3003021102
   O mi correo electrónico amsaezdeleon@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 25.878.504



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paola Ruiz Amaris

C.C. 1063144008

REGISTRO 332430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Ivan Andres Muñoz Zabaleta
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ivan Andres Muñoz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003398629 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3044481041
   O mi correo electrónico munozivan26@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Monteria a los 04 días del mes de diciembre del año 2023.

Ivan Muñoz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003398629

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz Arenas

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Leidy Dayana Molina Cuello.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Leidy Molina identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067718120 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3148309910.
   O mi correo electrónico leidismolina7@gmail.com.
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Octubre del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra M. Flórez.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430.112

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Roussy Ortiz Ballesteros
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Roussy Ortiz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1016947905 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3234712114.
O mi correo electrónico roussyolbe@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Diciembre del año 2023.

Roussy Ortiz
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Karolina Ruiz Herrera.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Heiber Mendoza
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Heyber Mendoza identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063046684 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3053229824
O mi correo electrónico Heiber Pendoza2020@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Monteria a los 04 días del mes de Dic del año 2023.

Heiber Mendoza
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yarlin Hernandez Ureña
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430 12.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Kamila Cuitiva Cullona
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Kamila Cuitiva identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007768517 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3005615803
O mi correo electrónico Gutierrez.villanova.kamila@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Diciembre del año 2023.

Kamila Cuitiva Cullona
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Karelinis Ruiz Jaramillo.
C.C. 1063144008
REGISTRO 2324301/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Isabel Machado Cogollo.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Isabel Machado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1137974179 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3008060357
   O mi correo electrónico isamaco.04@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Octubre del año 2023.

Isabel Machado Cogollo
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jordina Feliz Herrera.
C.C. 1063140008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Mana Angel Madariaga Banda.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Mana Angel Madariaga identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1069462025 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (Y) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 300 504 6167
O mi correo electrónico manamadariaga0103@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Diciembre del año 2023.

Mana Angel Madariaga Banda.
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Karolina Ortiz P.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Sebastian Torres Arango
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sebastian Torres Arango identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1045428290 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3105411850
O mi correo electrónico Sebasdr3@correo.unicordoba.edu.co
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Diciembre del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jardin Ruiz Perez
C.C. 1063144008
REGISTRO 23243012

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

María Teresa Zuluaga Pardo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Teresa Zuluaga identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063140859 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊕ Hepatitis B ⊕ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3016367608
O mi correo electrónico mtzuluaga17@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Diciembre del año 2023.

María Teresa Zuluaga
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sadid Ruiz Flórez
C.C. 1063144008
REGISTRO 23243012

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Angélica Ramos Romero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Angélica Ramos identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062955736 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3146814244
O mi correo electrónico angelicaramosromero08@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de dic del año 2023.

Angélica Ramos Romero
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1063144008
REGISTRO 2324301112

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

JOSE DAVID PACHECO MARTINEZ
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, JOSE DAVID PACHECO identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067866678 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3146814244
O mi correo electrónico josepacheco29@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Octubre del año 2023.

JOSE DAVID PACHECO MARTINEZ
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra M. P.
C.C. 1063149009
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Sebastian Pacheco Polo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sebastian Pacheco Polo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1035640509 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3242022273
O mi correo electrónico tepach944@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Diciembre del año 2023.

Sebastian Pacheco Polo
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

ZONA URBANA

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 4

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 04/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°4

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 04/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°4

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

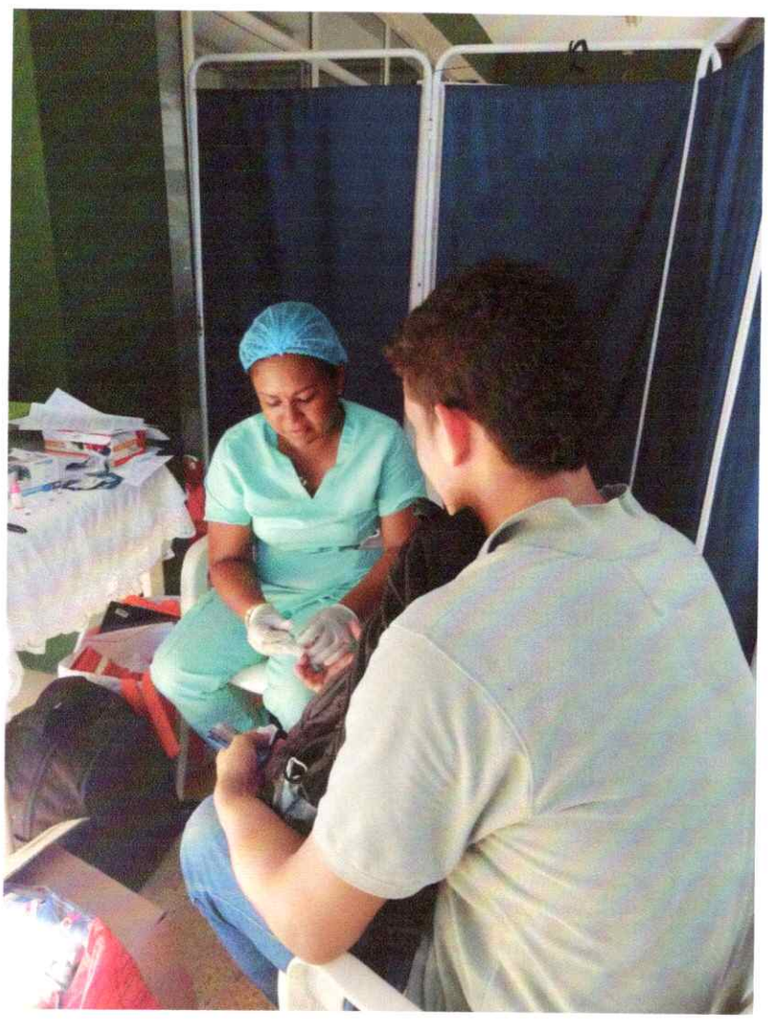
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 05/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°4

POBLACIÒN: Población general



MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN
SS-VSP-F-002	1	9/08/2021

Ciudad: Montería | Acta N°:

Fecha: 04/12/2023 | Hora inicial: 2:00 P.M | Hora final: 4:00 P.M

Lugar de la actividad:

ENTREGA A LOS ASISTENTES: Refrigerios ☐ Almuerzos ☐ Memorias Útiles (libretas, lapiceros)

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje ITS **TEMA:** VIH

DIRIGIDA A: Población general **RESPONSABLES:** Profesional de la salud

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	EDAD	SEXO	ETNIA			TIPO DE POBLACIÓN							TELÉFONO	FIRMA
					Indígena	Afro	Rom - Gitano	Desplazado	Discapacitado	NNA	Adulto Mayor	Víctima	Talla baja	LGBTQ		
1	Dilson Pereira	1007595244	20	M.											3223315974	
2	Ronaldinho Jairo Villegas	1067675843	19	M										X	3215003588	
3	Daniela Gonzalez	1067851279	18	F		X			X						3013059139	
4	Luis Alejandro Oyola C	1062958734	18	M				X							3013481378	
5	Mateo Jose Martinez Madera	1137975953	18	M	X										3053296784	
6	Angie Melisa Hernandez	1003950489	22	F				X							3042333849	
7	Maria Andrea Manco A	1003027780	20	F											3014789750	
8	Nicolás A. Morelo Ortiz.	1003027827	20	M											3233866332	
9	Ower Yesid Espitia	1027944134	18	M				X							3144801467	

MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmavi Fundación Manantial de Vida
NIt: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN
SS-VSP-F-002	1	9/08/2021

Ciudad: Montería — Acta N°:

Fecha: 04/12/2023 — Hora inicial: 2:00 P.M — Hora final: 4:00 P.M

10	Samuel Andres Fuentes Ávila	1029720450	18	M.											3177881296	Samuel Fuentes
11	Donaldo José Hoyos Padilla	1100081473	18	M	X										3216560756	
12	Luis Daniel Martinez	1000922156	24	M	Y										3001201107.	
13	Neidor Nuñez	1062604208	19	M											3126977926	
14	Camilo Simanca	1137976560	17	M.											3003328293	Camilo Simanca
15	Abraham padilla	1067850539	18	M.											3234524364	Abraham Padilla
16	Leidys Salgado G	1007792615	23	F				Y							3114154603	Leidys Salgado G.
17	Luis Hoyos Monchego	1069505557	24	H	f										3017207065	Luis Hoyos Monchego
18	Jaime tapias Royes	1063162278	31	M											3135493708	Jaime Royes.
19	Carlos Pacheco	1064977847	20	M	Y										3103423845	Carlos
20	Andres Noriega G	1063792291	24	M											3207243009.	Andrés N.
21	Maria Paz Algarin	1067872194	17	F				X							3279872027	Paz Algarin
22	Saura Mejia H.	1133870435	18	F		X									3234656249	Saura Mejia
23	Daniel Campo Castillo	1072531535	24	M											3178667888	Daniel Campo Castillo
24	Dayana Hernandez	1003344118	19	F	X										3116132088	
25																
26																

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN
SS-VSP-F-002	1	9/08/2021

Ciudad: Montería | Acta N°:

Fecha: 04/12/2023 | Hora inicial: 2:00 P.m | Hora final: 4:00 P.m

Lugar de la actividad: Unicor

ENTREGA A LOS ASISTENTES: Refrigerios ☐ Almuerzos ☐ Memorias Útiles (libretas, lapiceros)

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje ITS | TEMA: VIH

DIRIGIDA A: Población general | RESPONSABLES: Profesional de la salud

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	EDAD	SEXO	ETNIA			TIPO DE POBLACIÓN							TELÉFONO	FIRMA
					Indígena	Afro	Rom - Gitano	Desplazado	Discapacitado	NNA	Adulto Mayor	Víctima	Talla baja	LGBTQ		
1	Ivy Angulo Traverso A	1003457256	23	F											3233719283	Ivy Angulo
2	Leandra coypeñota	1001117067	21	F	X										3147026845	Leandra coypeñota
3	Carlos Maringa arrieta	1063716591	19							X					3215040376	Carlos Maringa
4	Dayana López Nagles	1064984999	18	F						X					3121266549	Dayana López
5	Valentina González C.	1039102046	18	f											3104952273	Valentina.
6	María José Díaz Arias	1066174475	18	F	X										3207307271	María Díaz.
7	Yahair Rodriguez	1062431362	17	M						X				X	3218637704	Yahair
8	María José Noble	1068811559	18	F								X			3108494144	María Noble
9	Samuel David Contreras Ricardo	1069467069	19	M		X									3017352658	

MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGU[illegible]DAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmavi Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN
SS-VSP-F-002	1	9/08/2021

Ciudad: Montería — Acta N°:

Fecha: 04/12/2023 — Hora inicial: 2:00 P.M — Hora final: 4:00 P.M

10	Juliár Sierra	1102807182	18	M									X	3053859175	~~Juli~~
11	Costelly ISSat.	1063135861	20	F				X						3012445948	Costelly Isat.
12	Angelica Maria S	25878504	39	F				X						3003021102	Angelca Maria Saez
13	Nan. Andrs Muñoz 3	1003398629	20	M				X						3044401041	
14	Leidis Dayana Flores	1066718120	20	F				X						3146309910.	~~Leidis~~ ..
15	Roussy Ortiz Ballest	1016947905	17	F				X						3234712114	ROUSSY ORTIZ.
16	Heiber Mendoza Valero	1003044684	20	M				X						3053229824	Heiber Mendoza
17	KamaGutiere V.	1007768817	22	F				X						3005615883	Kamila Cortes Gutierrez
18	Isbel Machado	1137974179	19	F				X						3008060357	Isabel Machado
19	Mana Angel Madaraga	1069462025	20	F				X						3005046161	Mana Angel Madaraga.
20	Sebastian Pacheco P	1035640509	18	M				X						3242022873	Sebastian Pacheco Polo
21	Maria Teresa Zuluaga	1063140859	19	F				X						3016366760	MARIA TERESA ZULUAGA
22	Sebastian Tores A	1045428290	22	M				X						3105411850	Sebastian Tores Arango
23	Angelica Ramos	1062957736	19	F				X						3146814244	Angelica Ramos Lopez
24	Jose David Pacheco.	1067868678	20	M				X						3018395458	Jose David Pacheco
25	Jose Alejo Ospino	1003718804	22	M				X						3126328733	Jose Alejo Ospino.
26	Samuel Fc de Moya	1126251644	16	M				X							Samuel Fc de moya

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Rosmary Doria Lopez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Rosmary Doria identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 26226478 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3122959163
O mi correo electrónico Rosmaridayuos@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Rosmary Doria L
PACIENTE
C.C. o HUELLA 26226478



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Loraivia Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Joseph. Pérez Vergara
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Joseph pérez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062961457 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3006968042
O mi correo electrónico josephperezvergara@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Diciembre del año 2023.

Joseph. pérez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062961457

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelvis Hernandez

C.C. 1063144

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Jesus David Moyon Vergara
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jesus David Moyon Vergara identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003189862 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3105449240
O mi correo electrónico Yisusmn08@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Jesus Vergara.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003189862

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Leidivia Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232480/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Luis fernando Maceo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Maceo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068136335 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3214929655
O mi correo electrónico luisfernandomaceopinto1@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Luis fernando Maceo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1068136335



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorlvia Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Diego Gómez Acosta
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Diego Gomez A identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003397763 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3216164199
O mi correo electrónico diegood10gomez@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Diego Gomez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003397763



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorlvia Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232480/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Ronaldo Gómez Díaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ronaldo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062424732 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3217061190.
O mi correo electrónico ronaldolgisgomezdiaz2004@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Dic del año 2023.

Ronaldo Gómez D.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062424732



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorena Hernandez H

C.C. 1063144008

REGISTRO 232480/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Luz Freiberlyn Caicedo Carmona
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luz Freiberlyn Caicedo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067968588 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3002646217
O mi correo electrónico luzc06932@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Dic del año 2023.

Luz Carmona
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorlvia Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 2324301/2

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Valentina Jimenez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Valentina Jimenez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1137977066. manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ∅ Sífilis ∅ Hepatitis B ∅ Hepatitis C ∅

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3013791036
   O mi correo electrónico valejimenez06126@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Valentina Jimenez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1137977066



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dorlivia Hernandez

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Rafael Bustamante V
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Rafael Bustamante identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 78303048 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3202148619
O mi correo electrónico aguacorporacion30@Hotmail.es
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Dici. del año 2023.

Rafael Bustamente
PACIENTE
C.C. o HUELLA 78303048.



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jorluis Alemante
C.C. 1063144009

REGISTRO 232480/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

DAIANA MONTES ALVAREZ
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, DAIANA MONTES identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067901908 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (|) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ✓ Hepatitis B ⊕ Hepatitis C ○

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (|) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3122823613
   O mi correo electrónico daianamontes01@6mail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de MONTERIA a los 04 días del mes de 12 del año 23.

DAIANA MONTES
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz Perez

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430.112

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Abril Alvarez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Abril Alvarez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068656906 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3015309388
O mi correo electrónico abrilalvarez29-2004@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Abril Alvarez
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelvia Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430112

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Yeilor Andres Morales Soto
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yeilor Morales identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003398043 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3045399585
   O mi correo electrónico Yeanmoso1@hotmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Yeilor Morales.
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorlvio Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232480/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Diana Manjarrez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Diana Manjarrez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1033366878 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____
O mi correo electrónico _____
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Dic. del año 2023.

Diana Manjarrez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1033366878

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz Flórez

C.C. 1063144208

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Germán Blanquicet Salas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, German Blanquicet identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1561736 7 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊖ Sífilis ⊖ Hepatitis B +○ Hepatitis C ○

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3126684886.
O mi correo electrónico blanquicetsalas@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

German Blanquicet
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1561736 7



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlenis Cruz Herrera.
C.C. 1063144008

REGISTRO 3104311240.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Eunises Acosta parra
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Eunises María A. P identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1005571907 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3106836549
O mi correo electrónico eunisesacosta78@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Octubre del año 2023.

Eunises Acosta
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1005571907

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jordia Ruiz Yerena.
C.C. 1063144008

REGISTRO 232480/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Oscar Daniel García B.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Oscar García identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007675730 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3022071488
O mi correo electrónico oscard.garcia6030@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Oscar García
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1007675730

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA [illegible]
C.C. 1063144008.

REGISTRO 232430112

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

fabian Salgado Mosquero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, fabian Salgado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1120864001 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3207073058
O mi correo electrónico salgado-mos12@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

fabian Salgado
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1120864001



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlaya Hernandez
C.C. 1063141008

REGISTRO 232480/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Jose Aviles Mogollon
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, José Avilez M. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062954360 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3206471850
O mi correo electrónico joseavmo60@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Jose Avilez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062954360



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jonivio Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Deiber Ramirez Molino
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Deiber Ramirez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1133794868 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3218084181
O mi correo electrónico deiberpro123@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Deiber Ramirez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1133794868



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorena Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430|12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Rafael Ballesteros Vargas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Rafael Ballesteros identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1040871179. manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓)acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3104148960
O mi correo electrónico rafaelballesteros222@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Rafael Ballesteros
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1040871179.



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorena Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Dayana Maria Lores Romero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dayana Maria Lores Romero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1070808933 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3008130154
O mi correo electrónico dayanamarvalenesromero@ymail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Diciembre del año 2023.

Dayana Lores Romero
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1070808933

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelvis Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Carlos Augusto Camargo Pitalua
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carlos Camargo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1192807905 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3136028714
O mi correo electrónico pcarlos2000@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Carlos Camargo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1192807905



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorluis Hernandez
C.C. 1063144098

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Alvaro Negrete Paez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Alvaro Negrete. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1005220885 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3177597937
O mi correo electrónico anegretep2020@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Alvaro Negrete
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1005220885



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorena Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430|12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Yuliana López Lobo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yuliana López Lobo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003293259 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3226636636
O mi correo electrónico Ylopezlobo99@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Diciembre del año 2023.

Yuliana López

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003293259

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz Perez.
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Camilo Andres Diaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Camilo Diaz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003400679 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____
O mi correo electrónico camiloandresdiazlopez0818@gm
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Dicu del año 2023.

Camilo Diaz
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____



_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jorlin Hernandez

C.C. 1063144008

REGISTRO 282430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Andres David Osorio Berrio
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Andres Osorio identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1022375119 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3006434929.
O mi correo electrónico davidosorio.b@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Andres Osorio Berrio.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1022375119



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorena Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232480/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Dilson Daniel Pereira Chavez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dilson pereira C. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007595244 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3223315974
   O mi correo electrónico dilsonchavez11@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Dilson Pereira
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1007595244

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Loelvia Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Ronaldiño Julio Villegas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ronaldiño Julio Villegas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062675843 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3225003588
O mi correo electrónico yonijuli17@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montes a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Ronaldiño Julio
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062675843



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yonivia Hernandez
C.C. 1063144208

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Daniela Gonzalez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Daniela Gonzalez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067851279 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3043059139
O mi correo electrónico dagoos1105@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Dic del año 2023.

Daniela Gonzalez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067851279

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorena Hernandez
C.C. 1063144009

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Luis Alejandro Oyola Cabrales
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Oyola Cabrales identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062958734 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊕ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊖ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3013481378
O mi correo electrónico Yinacabrales33@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Luis Oyola Cabrales
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062958734



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorlvia Hernandez
C.C. 1063144008.

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Mateo Martinez Mendoza
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Mateo Martinez Mendoza identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1137975953 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3053296781
O mi correo electrónico mateomartinezmendoza3@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Monteria a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Mateo Martinez
PACIENTE
C.C. o HUELLA



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelvis Hernandez

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Angie Melisa Humanez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Angie Humanez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003450489 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3042333849
   O mi correo electrónico angiehumanez33@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

Angie Humanez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003450489

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Loryluis Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Maria Manco Argel
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maria A. Manco Argel identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003027786 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3014789756
O mi correo electrónico mariandreamanco@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Monteria a los 4 días del mes de diciembre del año 2023.

Maria Manco Argel
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003027786

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jordan Ruiz Perez.

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Nicolás A. Morelo Ortiz.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Nicolas A. Morelo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003027827 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (S) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3233866332
O mi correo electrónico morelonico16@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Diciembre del año 2023.

Nicolás A. Morelo O.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003027827.



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Andrés Ruiz Amaya.
C.C. 1063144008.

REGISTRO 23243012

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Ower Yesid Espitia
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ower Espitia identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1027949913 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3149801467
O mi correo electrónico Oramosespitia@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Ower Espitia
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1027949913.



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelis Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 23243012

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Samuel Andrés Fuentes Ávila
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Samuel Fuentes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1029720450 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊖ Sífilis ⊕ Hepatitis B ⊖ Hepatitis C ⊖

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3174081256.
   O mi correo electrónico _____
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Samuel Fuentes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1029720450



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorena Hernandez
C.C. 1063144008.

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Donaldo Jose Hoyos Padilla
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Donaldo Padilla identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1100081473 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3216570756
O mi correo electrónico donaldohoyospadilla@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Donaldo Hoyos P
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1100081473



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelo Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430112

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Luis Daniel Martinez Urrego
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Martinez U. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1000922156 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3001201107
O mi correo electrónico daniel.luis1999@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Luis Martinez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1000922156



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Cordoba Alexander
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Neider Núñez Artuago
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Neider Nuñez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062604208 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3126977926
   O mi correo electrónico nunezneider1@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Neider Nuñez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062604208



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorena Hernandez

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

camilo Andres Simanca De oro
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, camilo Simanca identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1737 976 560 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 300 332 82 93
O mi correo electrónico camilo.smac.08@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montelibia a los 4 días del mes de diciembre del año 2023.

camilo Simanca
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1737976560

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jordin Ruiz Perez.
C.C. 1063144008.

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Abraham David Padilla N
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Abraham Padilla identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067850539 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3234524364
O mi correo electrónico padillaNaranjo130@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Abraham Padilla a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

Abraham Padilla
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067850539



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Leslvio Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 23243012

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

Funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Leidis Salgado Guerrero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Leidis Salgado G identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007792675 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____
   O mi correo electrónico _____
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Diciembre del año 2023.

Leidis Salgado G
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1007792675

_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jordin Ruiz Flórez.
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430112

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Luis Alberto Hoyos Manchego
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Hoyos M. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1069505557 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3017207065
O mi correo electrónico lhoyosm10@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Dic del año 2023.

Luis Hoyos
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1069505557.



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Corvelio Hernandez
C.C. 10631440008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Jaime Tapia Reyes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jaime Reyes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063162278 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊕ Sífilis ⊖ Hepatitis B ⊖ Hepatitis C ⊖

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3135493708
   O mi correo electrónico _____
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

Jaime Reyes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063162278

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Joselin Ruiz Arenas.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Carlos Eduardo Ibañez Florez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carlos Ibañez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1064977847 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3103423845
O mi correo electrónico carloseduardoibanezflorez@gmail.com,
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Carlos Ibañez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1064977847

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorena Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232480/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Andrs Noriega Gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Andres Noriega. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003192291 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊕ Hepatitis B ⊕ Hepatitis C ⊕

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3209243009
O mi correo electrónico andresoz14e@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Monteria a los 4 días del mes de 12 del año 2023.

Andrs Noriega
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003192291



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Loreley Hernandez
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

María paz Algoria fuentes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María paz Algoria identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067872194 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (V) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3249012027
   O mi correo electrónico mariopazalgofu@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de Dic del año 2023.

María paz Algoria fuentes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067872194

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Loreuio Hernando C.
C.C. 1063144088

REGISTRO 232480/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Saura Andrea Mejia Hernandez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Saura Mejia Hdz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1133870435 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____
   O mi correo electrónico _____
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de Dic del año 2023.

Saura Mejia Hl.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1133870435

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Yuly Amaya

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Danna María Hernández Garzón
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Danna M. Hernández identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003344118 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3116132088
O mi correo electrónico hernándezgarzónd@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 4 días del mes de DIC del año 2023.

Danna Hernández
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003344118

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jackeline Ruiz Yance
C.C. 1063144008

REGISTRO 232480/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

Funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Daniel Campo Castillo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Daniel José Campo Castillo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1042 531 535 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (•) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C ( )

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (✓) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3234652678.
O mi correo electrónico danekcampo@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

Daniel Campo Castillo
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachia Cruz Arenas

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

ZONA URBANA

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 5

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

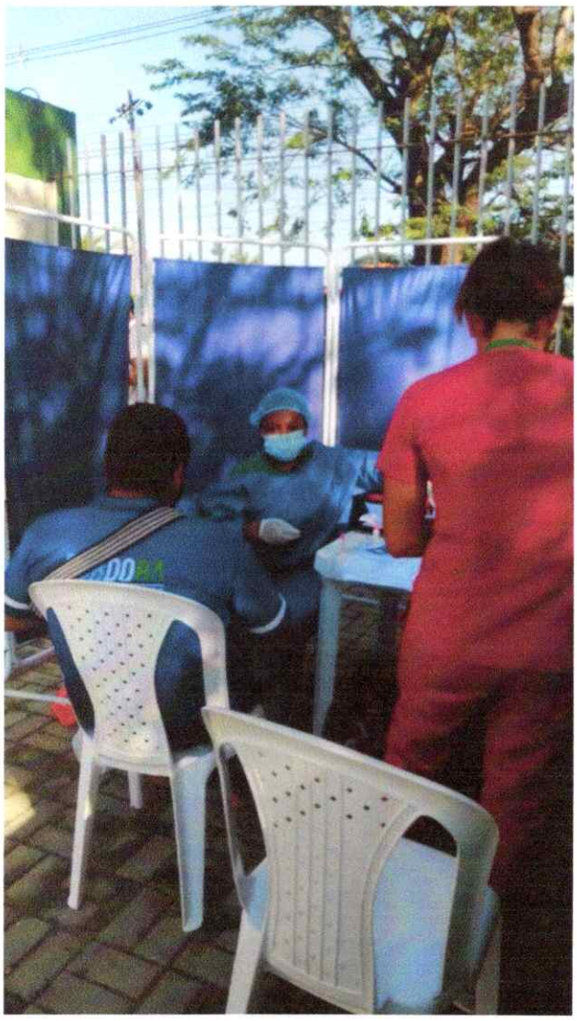
ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 05/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°5

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

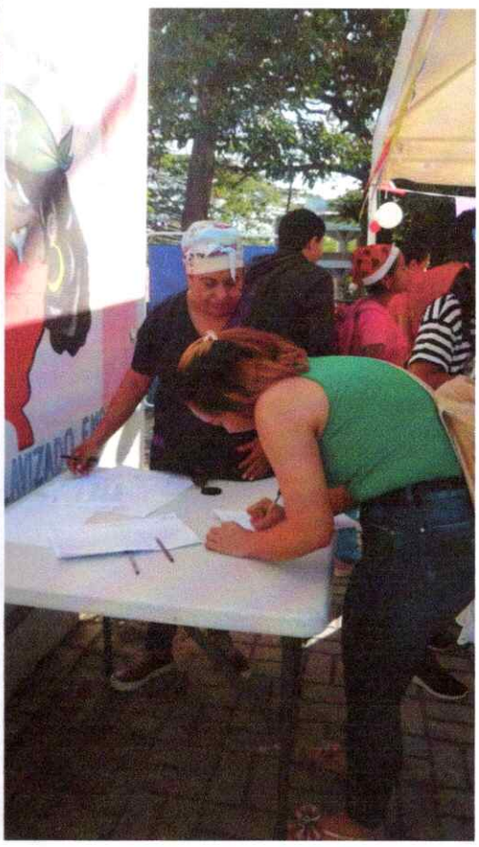
ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 0512/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°5

POBLACIÒN: Población general







MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmavi Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN
SS-VSP-F-002	1	9/08/2021

Ciudad: Montería | Acta N°:

Fecha: 05 de Diciembre del 2023 | Hora inicial: 7:00 am | Hora final: 12:00 p.m

Lugar de la actividad: Unicor

ENTREGA A LOS ASISTENTES: Refrigerios ☐ Almuerzos ☐ Memorias Útiles (libretas, lapiceros)

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje VIH | TEMA: VIH

DIRIGIDA A: Población general | RESPONSABLES: Profesional de la salud

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	EDAD	SEXO	ETNIA			TIPO DE POBLACIÓN							TELÉFONO	FIRMA
					Indigena	Afro	Rom - Gitano	Desplazado	Discapacitado	NNA	Adulto Mayor	Victima	Talla baja	LGBTQ		
1	Ariadna Costo Flores	25.776.991	38	F						X					3012015711	Ariadna Costo
2	Viviana Francelis Segovia	1062677050	18	F						X					3103557366	Viviana Segovia.
3	Jesus Arroyo Bolaño	1064984635	17	M						X					3104951039	
4	Valeria Sofia Sierra	1062429994	18	F						X					3148946224	Valeria Sierra.
5	Xiomara Vergara	1062961455	17	F						X					3126427780	Xiomara Vergara
6	Maria Luz Perez	1067160706	18	F						X					3106597931	Maria Luz Perez
7	Lorena Perez	1071350877	17	F						X					3011570112	Lorena Perez
8	Maria de Viz Cairo P.	1063144755	18	F	X										3053132845	Maria Viz Cairo.
9	Kelly Johana Cordero	1067858223	17	F						X					3045809544	Kelly cordero.

MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmavi Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN
SS-VSP-F-002	1	9/08/2021

Ciudad: Montería — Acta N°:

Fecha: 05/12/2023 — Hora inicial: 7:00 a.m — Hora final: 12:00 P.M

10	Daniel Villalba R	1069463142	20						X					3136946327	DANIEL VILLALBA
11	Carlos Alfredo V	1071431694	17						X					3113105375	carlos valencia
12	Nicolas Giraldo A	1068418578	18						X					3142533917	nicolas Giraldo.
13	Jaider Suarez P	1062604945	18						X					3228039690	JAIDER SUAREZ
14	Jorge Nuñez Genes	78077037	41						X					3243461503	Jorge E. Nuñez Genes
15	Marlon Martinez N	1003064938	22						X					3008528403	marlon martinez nuñez
16	Jorge Luis Smanca R	1063140800	37	X										3225815894	Jorge Dimanco
17	Nubia Herrera A	1003064737	22	X										3005402888	Nubia Herrera.
18	Yeis Reyes Palencia	1003065576	22						X					3002306203	Yeis Reyes
19	Ruben Dario Pichardo	6282478	24						X					3002306203	Ruben Narvaez
20	Haira Alejandra Palencia	30670598	39						X					3002306203	Haira Palencia Narvaez
21	Dania Tapias H	1003073117	26						X					3004314039	Dania Tapias Herrera.
22	Silena Herrera Correa	1063166021	29						X					3005446143	Silena Herrera
23	Veronica Labrador H	1003073604	24						X					3502043154	Veronica labrador
24	Miguel Hernandez H	1131108153	30	X										300 2862898	MIGUEL HERNANDEZ
25	Dana De Arcos P	1043645222	18						X					3046794345	Dana De Arcos P.
26	Deivis Zarza M	1052647589	21						X					3017928851	

MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmavi Fundación Manantial de Vida
NIt: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN
SS-VSP-F-002	1	9/08/2021

Ciudad: Monteria | Acta N°:

Fecha: 05/12/2023 | Hora inicial: 7:00 a.m | Hora final: 12:00 p.m

Lugar de la actividad: Unicor

ENTREGA A LOS ASISTENTES: Refrigerios ☐ Almuerzos ☐ Memorias Útiles (libretas, lapiceros)

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje ITS | TEMA: VIH

DIRIGIDA A: Población general | RESPONSABLES: Profesional de la salud

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	EDAD	SEXO	ETNIA			TIPO DE POBLACIÓN							TELÉFONO	FIRMA
					Indigena	Afro	Rom - Gitano	Desplazado	Discapacitado	NNA	Adulto Mayor	Victima	Talla baja	LGBTQ		
1	Yaima Beltran	1063147000	17	F						X					3023710937	Yaimel Beltran
2	María Angel M	1063144704	18	F						X					3236196740	*Maria Alejandra Angel
3	Yuli Katrin Gomez	1079391794	24	F						X					3125703872	*Kathern G.
4	Marlis Quevedo L.	1080726989	22	F						X					3148651736	*Marleys Quebedo Legvia.
5	Karlis Melendez Chica	1007544007	22	F						X					3005558081	Karelis Melendez Chica
6	Nora Correa Lopez	1072525289	33	F						X					3003349860	.Nora Luz correa lopez
7	Angel Romero Correa	1093142625	17	M						X					3244607113	*.Angel david romero
8	Deris Nolasco Lucas	1069491376	24	F						X					3137957360	*Deiris Nolasco
9	Luis payares Salgad	1003654840	32	M						X					3046316416	.Luis Fernando

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACIÓN
SS-VSP-F-002	1	9/08/2021

Ciudad: Montería — Acta N°:

Fecha: 05/12/2023 — Hora inicial: 1:00 a.m — Hora final: 12:00 P.m

10	Luis Padilla B	1067847655	37	F						X				3042817327	*Luis Padilla
11	Katy Melendez C	1072522745	19	F						X				3052781702	Katy Melendez
12	Lisbeth Mercado D	1003656218	22	F						X				3022262818	*Lizbeth Mercado
13	Mercin fajardo	1072526712	14	F						X				3044209849	*Mercin fajardo.
14	Andrea Arteaga	1045696738	14	F						X				3275649935	* Andrea Arteaga
15	Camilo Orozco Flo	1072528858	15	F						X				3133852107	*Camilo Orozco
16	Valeria Orozco P	1041895472	14	F						X				3117687887	*Valeria Orozco Padilla.
17	Daniela alhamirandez	1003066257	27	F						X				3207832582	*Daniela Alhamirandez
18	Kaina fadul padilla	1072530156	27	F						X				3204693937	*Kaina fadul Padilla
19	Karen Gomez gonzlz	1103750003 7	18	F						X				3223891092 81	*Karen M. Gómez
20	Omar David Banda	1067163262	17	M						X				3241873804	*
21	Ariel Blanquiseth Diaz	1073788180	19	M						X				3143686228	*Ariel Blanquicet
22	Ketty Liz Barrios A	1100335397	34	F						X				3117192415	*Ketty Barrios
23	Lisana Orozco Padilla	1072522653	20	F						X				3244685105	*Lisana Orozco
24	Angie Valladego F	1072522142	21	F						X				3101527 9	*Angie Valladego Feria
25	Maria José Vitola P	1003071289	24	F						X				3045726291	maria vitola p.
26	José fadul Padilla	1003072637	23	M						X				3208042629.	JOSE FADUL

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Nicolas Gralda
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Nicolas Gralda identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062604946. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 314253917.
   O mi correo electrónico Nico9775@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

nicolas Giraldo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062604946.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz A.
C.C. 1063144008
REGISTRO 332430/12.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Jaider Saez P.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jaider Saez P identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062604945 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3225039690
   O mi correo electrónico jaider.saez.prieto@email.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Dic del año 2023.

Jaider SUAREZ
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062604945

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlina Feb R.
C.C. 1063144008

REGISTRO 232480/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Sloven Mendoza
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sloven Mendoza identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063150051 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH Ø Sífilis Ø Hepatitis B Ø Hepatitis C Ø

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3148166883.
O mi correo electrónico Stivenandomendoza9@outlook.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Sloven Mendoza
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063150051

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paola Ortiz
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430112.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Samuel Martinez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Samuel Martinez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068143935 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis ( ) Hepatitis B ( ) Hepatitis C ( )

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3027740817.
   O mi correo electrónico Rafaneyo820@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Octubre del año 2023.

Samuel Martinez
PACIENTE
C.C. o HUELLA: 1068143935

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yoselina Ruiz Ynsent.
C.C. 1063144098
REGISTRO 23243012

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Ilied Borgos Gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ilied Borgos G. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067166032 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3173136529.
   O mi correo electrónico Ilied30.09.08@gmail.com.
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Ilied Borgos Gomez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067166032

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Karlina Flz M.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430112.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Jose David Vellojin
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jose Vellojin identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067160843 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 301
O mi correo electrónico josevellojin123@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067160843

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorchia Muñoz Ospino
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Adrian Enrique Solef
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Adrian Solef. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número PP 31379748 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3013358191
O mi correo electrónico adrianvegel48@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Dcubre del año 2023.

Adrian
PACIENTE
C.C. o HUELLA 31379148

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jardino Luis Moreno.
C.C. 1063144008
REGISTRO 23243012

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Kaner Carrillo Cardenas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Kaner Carrillo. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1001886211 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊕ Hepatitis B ⊕ Hepatitis C ⊕

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3007010788
O mi correo electrónico Carrillokanner@gmail.com.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

K.Carrillo.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1001886211

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Karina Ortiz Moreno
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430112

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Oscar Nova B
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Oscar Nova B. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003069557 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3046338567
   O mi correo electrónico _____
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

+ Oscar David Nova
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003069557

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorchis Hernandez Arenas.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430112.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Juan Pablo Amador
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Juan Amador identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1040502609 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3053459910
   O mi correo electrónico _____
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Juan pablo A.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1040502609

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Paola Herrera
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430 12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Samuel David Fernayor
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Samuel Fernayor identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1126251641 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3215771233
O mi correo electrónico Samuelfernayor06@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

x Samuel Fernayor
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1126251641

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paulina Ortiz Arroyo
C.C. 1063144098
REGISTRO 232430112

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Arley López
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Arley López identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067161745 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3103677259
O mi correo electrónico arley lopez1530@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Arley Lopez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067.161.745

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorlin Feliz Flores
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

María Valencia C
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Valencia identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1000538910 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3132369881
   O mi correo electrónico Mariaisabelvalencia175@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

María Valencia
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1000538910

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorelis Ruiz Omeara.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430112.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Pedro Fadul Padilla
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Pedro Fadul identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073788136 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3023119435
   O mi correo electrónico Pedrofadul2023@gmail.com.
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Pedro FADUL.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1073788136

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Hernandez Chara
C.C. 1063144098
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Danis Reyes C.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Danis Reyes C identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063176670 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3103581516.
O mi correo electrónico Danis2369@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Danis Reyes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063176670

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz Perez.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12.

ALCALDÍA DE MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Anolfo Alvarez H
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Anolfo Alvarez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067402371 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3122575123
O mi correo electrónico _____
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Anolfo Alvarez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067402371

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jardin Yhonaiz Chara
C.C. 1063144028
REGISTRO 232430/12.

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Nalvis Hernandez Reyes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Nalvis Hernandez Reyes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1010116601 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3008390757
O mi correo electrónico Nalvisthernandez23@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Nalvis Hernandez R
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1010116601

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Milena Flórez Herrera.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430112

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Neiver Segura
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Neiber Segura identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063173639 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3008398757.
   O mi correo electrónico NeiberSegura2306@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Neiver Segura
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063173639

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Carlos Ruiz M
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Sara Alfaro Arrieta H
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sara Alfaro Arrieta identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063135187 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3244233376
   O mi correo electrónico Saraalfaroarrieta@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Sara Alfaro
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063135187

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paola Ruiz H
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Adriana Paternina A
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Adriana Paternina, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063140015 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3044133195
   O mi correo electrónico _____
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

adriana paternina
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063140015

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachia Hernandez Ospina.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida

Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

dalila fernandez c.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, dalila fernandez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067161403 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ◯ Sífilis ◯ Hepatitis B ◯ Hepatitis C ◯

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3014204960
   O mi correo electrónico dalilafernandez@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

dalila fernandez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067161403

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jackeline Hernandez G
C.C. 1003144008
REGISTRO 232430/12.

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

José Nuñez H.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, José Nuñez H identificado(a) con la cédula de ciudadanía número _____ manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.

Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3013991082
   O mi correo electrónico _____
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

José Nuñez H
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003064095

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorchis Hernandez Flores
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430|12

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Daniela Maldonado
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Daniela Maldonado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003069952 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (Ø) Sífilis (Ø) Hepatitis B (Ø) Hepatitis C (Ø)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si ( ) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3107042020.
   O mi correo electrónico Daniela.maldonado923@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Octubre del año 2023.

Daniela Maldonado
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003069952

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachia Ruiz Arena
C.C. 1003069952
REGISTRO 232430 12

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Luis Miguel Ramos
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis miguel Ramos identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003368636. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3215864266
O mi correo electrónico luismiguel1003@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

LUIS MIGUEL RAMOS
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003368636

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachia Ortiz
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Alexandra Pitalua
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Alexandra Pitalua identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063168965 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3012219869
   O mi correo electrónico Alexandrapitalua923@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Alexandra Pitalua
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063168965

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ximena Flórez
C.C. 1063144028
REGISTRO 23243012

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Nayris Reyes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Nayris Reyes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063145641 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
   Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3205341353
   O mi correo electrónico Nay90527@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestrales voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

NAYARIS REYES
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063145641

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Carolina Ruiz M
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Yara Beltran
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yara Beltran identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063147000 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3023710937
O mi correo electrónico yarabeltran@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Yara Beltran
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063147000

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelina Ruiz Perez.
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Maria Angel M
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maria Angel M identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063144704 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3236196740.
O mi correo electrónico Maria245@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Planeta a los 05 días del mes de Diembre del año 2023.

Maria Alejandro Angel
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063144704

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra
C.C. 1063144008
REGISTRO 23243012

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Yudy Katrin Gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yudy Katrin Gomez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1079391794 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3125703872
O mi correo electrónico Gomezfonsyudikatrin@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Katherin G.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1079391794

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelis Yepez.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

Funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Marleidis Quebedo.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marleidis Quebedo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1050726989 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3148651736
O mi correo electrónico Chaymore2016@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

x Marleidis Quebedo L.
PACIENTE
C.C. o HUELLA x 1.050726.989.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlis Pérez.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430112.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Nora Correa López
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Nora Correa L identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072525289 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊖ Hepatitis B ⊖ Hepatitis C ⊖

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3003349860.
O mi correo electrónico Noraluz2506@hotmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Nora Luz Correa Lopez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072525289

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paulina Ortiz
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Angel Romero Conca
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Angel Romero C. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073142625 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3246071113
O mi correo electrónico _____
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Octubre del año 2023.

Angel David Romero
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063148689

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paulina Ospino
C.C. 1063144008
REGISTRO 2324301 12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Deiris Yolasco Tovas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Deiris Yolasco T identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1069491376 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3137957360.
O mi correo electrónico Deirisyolasco27@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Deiris Nolasco
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1069491376

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jackelin Ortiz Pérez.
C.C. 1069491376
REGISTRO 232430/12.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Luis Payares
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Payares. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003654840. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3046316416.
O mi correo electrónico payares.silgado@gmail.com.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Octubre del año 2023.

Luis Fernando
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003654840

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlis Cruz Q.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Lidis Padilla B
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lidis Padilla B. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067847655 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3042817327.
O mi correo electrónico PadillaBenavidesLidisPatricia@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Dcmbre del año 2023.

Lidis Padilla
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067847655

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yarlin Yulis Yepes
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430 12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Katty Melendez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Katty Melendez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072522745 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3052781702
O mi correo electrónico Katimarela327@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Junio del año 2023.

Katy Melendez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072522745

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Cruz F.
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Lisbeth Mercado
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lisbeth Mercado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003656218 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3022628818.
O mi correo electrónico LisbethPercado18@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Lizbeth Mercado
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003656218.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yadira Ruiz
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Merlin Fajardo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Merlin Fajardo. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072526712 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3044209849
O mi correo electrónico _____
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Merlin Fajardo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072526712.

TESTIGO
C.C. o HUELLA_____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Carolina Ortiz Perez.
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Andrea Arteaga
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Andrea Arteaga identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1045696136 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (X) Sífilis (X) Hepatitis B (X) Hepatitis C (X)

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3215649935
O mi correo electrónico Andreaarteaga@gmail.com.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Andrea Arteaga
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1045696138

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jordin G.
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

funmavi
Fundación Manantial de Vida
Nit: 900 206 500 - 1
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Camila Orozco Jiu
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Camila Orozco J. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1042528858 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊗ Sífilis ⊗ Hepatitis B ⊗ Hepatitis C ⊗

1. He recibido asesoría PRE PRUEBA (actividad realizada por un asesor (a) certificado (a) para prepararme y aclarar o reforzar mi consentimiento con relación a prácticas y conductas, antes de realizarme la prueba rápida), en este espacio también me informo que esta(s) es (son) prueba(s) presuntiva(s) que indica(n) la posibilidad de estar infectado(a) con VIH o Sífilis, que en caso de tener un resultado reactivo me direccionaran de acuerdo a la ruta de atención al prestador de servicios de salud que corresponda, para la aplicación de una segunda prueba que permita conocer mi diagnóstico definitivo.

2. También certifico que estoy de acuerdo con que una persona de Fundación Manantial de Vida, me pueda contactar independientemente de mi resultado, para brindar asesoría sobre el programa y/o facilitar la realización de pruebas diagnósticas y/o complementaria y mi acceso a los servicios de salud.
Si (X) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3133852107.
O mi correo electrónico camila1123@gmail.com.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 05 días del mes de Octubre del año 2023.

Camila Orozco
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1042.528.858

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ortiz
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430/12.