Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Valentin Orozco Padilla
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Valentin Orozco. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1041895472 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 3117687837.
O mi correo electrónico valen.orozco0@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.

Yaira María Oliveros
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063147000

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yurlis Ortega.
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

Daniela Alejandra O
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Daniela Alejandra identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003066257 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 Danielaalejandra1996@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 Dicbre del año 2023.

Daniela Alej
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003066257

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

Karol Fadul Padilla
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Karol Fadul P identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072530156 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 (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 320 469 3937.
O mi correo electrónico karol.fadul1996@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.

Karol Fadul Padilla
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072530156.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz.
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

Karen Gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Karen Gomez. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1103500037 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 _____
O mi correo electrónico GomezGonzalezKaren15@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 Enero del año 2023.

Karen Gomez G.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1103500037.

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ospina.
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

Omar David Banda

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Omar Banda identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067163262 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 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067163262

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelis B.A.
C.C. 1063149008
REGISTRO 232430122

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Ariel Blanquicett Díaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ariel Blanquett identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073788180 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 3143686228.
O mi correo electrónico Blanquicettarel2160@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 Julio del año 2023.

Ariel Blanquicett
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1073788180

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra M P.
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

Karlis Melendez Chica
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Karlis Melendez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007544007 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 3005558081
O mi correo electrónico kmelendez2@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.

Karlis Melendez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1007544007

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Karlis Ruiz.
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

Kelly Luz Barrios A
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Kelly Barrios identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1100335397 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 3117192415
O mi correo electrónico kellyluz23@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.

* Kelly Barrios
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1100335397

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorena Ruiz A.
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

Lusana Orozco Padilla
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lusana Orozco P. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072522653 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 3246851 05
O mi correo electrónico lusanaorzco46@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.

*Lusana Orozco Padilla
PACIENTE
C.C. o HUELLA *1072522653

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Karina 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

Angie Villadiego Feria
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Angie Villadiego identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072525142 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 3110151279
O mi correo electrónico Angueferia@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 Octubre del año 2023.

Angie Villadiego Feria
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072525142

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paulina Ochoa
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

María José Vitola Perez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María José Vitola. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003071289 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 3045726291
O mi correo electrónico Vitolamariajose@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.

mario Vitola P.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003071289.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Carlos Ruiz F.
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

Jesus fadul padilla
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jesus fadul p. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 100372637 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 3208042629
O mi correo electrónico fadul.jose0709@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.

JOSE FADUL
PACIENTE
C.C. o HUELLA 100372637

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yoelvis Ruiz Perez.
C.C. 1063144008
REGISTRO 324130.

ZONA URBANA

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 6

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°6

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°6

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°6

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: 05/12/2023 | Hora inicial: 2:00 P.M | Hora final: 4:00 P.M

Lugar de la actividad: Chicor

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	Samuel David Fe mayor	1126251641	16	M						X					3215771233	Samuel Fe mayor
2	OSCar David Noa B	1003069557	20	M						X					3046338567	Oscar Noa
3	Arley David López E	1067161745	17	M						X					3103677259	Arley López
4	Juan pablo Amador C	1040502669	16	M						X					3053459910	Juan Pablo A
5	Adrian Enrique Solet.	313799748	17	M						X					3013358191	Adrian
6	Kener Canfillo Cantera	1001886211	21	M	X										3007010788	K. canfillo
7	Jose David Vellojin B	1067160843	18	M						X					3017315892	
8	Ilied Burgos Gomez	1067166032	20	F						X					3173136529	Ilied Burgos Gómez
9	Samel Martinez V	1063143935	18	M						X					3027740817	Samuel Martínez.

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: Montería — Acta N°:

Fecha: 05/12/2023 — Hora inicial: 2:00 P.M — Hora final: 4:00 P.M

10	Steven Mendoza H	1063150051	16	M						X					3148163083	x Steven Mendoza
11	María Valencia C	1000538910	20	F						X					3132369816	* maría valencia
12	Pedro D Fadul P	1037788136	22	M						X					3023119935	*Pedro FADUL.
13	Dayis María Reyes C	1063176670	26	F						X					3103581516	Dayis R
14	Analy Alvarez H	1067402371	17	F						X					3122575123	analy Alvarez
15	Nalvis Hernandez Reyes	1010116601	23	F						X					3008398757	nalvis Hernandez
16	Heiver Segura M	1063173639	26	M						X					3008398757	Heiver Segura
17	Sara Alfaro Hernandez H	1063135187	21	F						X					324423 3376	Sara Alfaro
18	Adriana Paternina A	1063140015	19	F						X					3044133195	adriana paternina A
19	Adalila Fernandez C	1067161403	18	F						X					3014204960	adalila Fernandez C
20	Jose Nuñez Hernandez	1003064095	22	M						X					3013991082	JOSE NUÑEZ H
21	Daniela Hernandez A	1003069952	20	F						X					3107042020	Daniela Hernandez
22	Luis Miguel Ramos E	1003368636	22	M						X					3215864266	LUIS MIGUEL RAMOS
23	Alexandra Patiño N	1063168965	28	F						X					3012219869	alexandra patiño
24	Nayaris Reyes P	1063145641	24	F						X					3205341353	NAYARIS REYES
25	Dayis Soiza	1052647889	21	F						X					3017928851	
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 50504177 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: 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	Anyelis Correa Cantero	1003655488	20	F						X					3003910733	Anyelis Correa
2	Nini Johana Cantero	50989853	41	F						X					3016106009	Nini Cantero
3	Manuel Herrera L	1072522942	19	M		X									3107415473	Manuel J Herrera L
4	Claudia Hernandez	50980045	46	F						X					3108912419	Claudia Hernandez
5	Astrid Carolina Flores	1072528888	29	F						X					3126867857	Astrid C. Morales Macias
6	Carlos Alberto Hernandez	15621267	41	M						X					3044315743	CARLOS ALBERTO H.M
7	Miguel Zambrano H	15620794	43	M						X					3044867890	Miguel Zambrano H
8	Eylin Durango Castellano	1067162792	17	F						X					3105171138	Eylin Durango Castellano
9	Maria Marquez Rojas	1080077403	20	M						+					3044890238	Maria Marquez Rojas

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: 2:00 p.m — Hora final: 4:00 p.m

10	Nedis villalobos	1.131.105.204	18	F		X									3044345973	Nedis villalobos
11	Marlentis Fentes	1072526	22	F					X						3104522360	* Marlentis
12	Perlis Gonzalez A	1072531241	25	F					X						3215956296	. Perlys.
13	Carol Diz Vanegas	1072522651	21	F					X						3045310047	. Karol D2.
14	Karina Gallego M.	1072523138	18	F					X						3113298780	. karina gallego.
15	Ana Sofia Alvarez	1072531935	15	F					X						3143687082	. Ana Sofia
16	Iris Saray Plaster	1072522285	20	F					X						3026350963	. Iris Saray M-A.
17	Pabla M. Guerrero R.	1072524522	18	F					X						3116188392	Pabla M. Guerrero Rubio
18	Mariela Jesus Hernandez	1072522100	20	M					X						3017094425	. Mariela Hernandez
19	Yaneris Arango	1072528500	29	F					X						3235164765	
20	Maria Luz Alvarado	1067162485	17	F					X						3245266010	Maria Luz Alvarado
21	Yary Cabeza Segura	1072523822	18	M					X						3024275180	* Yary
22	Katerine Arango Diaz	1072522760	22	F					X						3024422386	* Katerine Arango
23	Katerine Medina D.	1063143446	18	F					X						3003044669	* Katerine Medina
24	Maria Santos A.	1073488986	15	F					X						3244666930	* Maria santos
25	Jaider Suarez P	1062604945	18	M					X						3225039690	JAIDER SUAREZ
26																

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Deivis Leonardo Zarza M
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Deivis Zarza M identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1052647589 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 (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 3017928851
O mi correo electrónico deivizarza@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 1052647589

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz O.
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

Dana De Arcos P
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dana de Arcos P identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1043645222 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 3046794345
O mi correo electrónico dearcosdana@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.

Dana De Arcos.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1043645222

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yoelis 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
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Miguel Hernandez M.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Miguel Hernandez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1131108153 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 3002862898
O mi correo electrónico mhernandezhr@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.

Miguel HERNANDEZ
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1131108153

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paulina 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

Veronica labrador Herrera
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Veronica Labrador identificado(a) con la cédula de ciudadanía número Herrera. 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 3502043154.
O mi correo electrónico vpaty23@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.

Veronica labrador
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003073604

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra 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
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Silena Herrera Correa
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Silena Herrera identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063166021 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 3005446143
O mi correo electrónico Silv2016@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 12 del año 2023.

Silena Herrera
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063166021

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1063144008
REGISTRO 732430/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Dania tapia Herrera
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dania tapia identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003073117 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 3004314039
O mi correo electrónico Daniatapaast@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 Dic del año 2023.

*Dania Tapias H.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003073117

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

Maira Palencia Alvarez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maira Palencia identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 30670598 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 3008405524
   O mi correo electrónico Mariapalencia@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 Dic del año 2023.

Maira Palencia N
PACIENTE
C.C. o HUELLA 30670598

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sadid Ruiz 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

Ruben Pichardo Nanez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ruben Pichardo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 6282478 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 3002306203
O mi correo electrónico Yeris Reyes 678@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 05 días del mes de DIC del año 2023.

Ruben Nanez
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sading Paz 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

Yeris Reyes Polencia
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yeris Reyes Polencia identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003065576 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 3002306203
   O mi correo electrónico Yesi.Reyes@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 12 del año 2023.

Yeris Reyes
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz 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

Nubia Herrera Alvarez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Nubia Herrera. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003064737 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 3005040288
O mi correo electrónico Nestea1150@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 Dic del año 2023.

Nubia Herrera
PACIENTE
C.C. o HUELLA

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

Jorge Smanca Reyes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jorge Smanca R identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063140800 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 3225815694.
   O mi correo electrónico Jorgeluis.mancalreyes@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 Dic del año 2023.

Jorge Smanca
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorelis Ruiz M
C.C. 1063144008

REGISTRO 2324302

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Marlon Martinez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marlon Martinez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003064938 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 3006528403
   O mi correo electrónico MarlonMartinez0gmail.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.

Marlon Martinez
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1068144008

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

Jorge Junior Nuñez Gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jorge Nuñez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 18077037 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 3243461503
   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 Dic del año 2023.

Jorge E. Nuñez Gomez
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

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

Anaguna Castro Pineda.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Anaguna Castro identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 25776991 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 3012015711
O mi correo electrónico anadora@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 Dicubre del año 2023.

Anadora Castro
PACIENTE
C.C. o HUELLA 25.776.991

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Carolina 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

Viviana Fonseca Segura
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Viviana Segura identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062677050 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 3103557366
O mi correo electrónico Segurviviana542@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.

Viviana Segura
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Milena Ochoa
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

Jesus Anzola Bolaños
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jesus Anzola Bolaños identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1064984635 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 3104451089.
O mi correo electrónico jesusmanuelanzola2006@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.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1064984635

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Milena O.
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

Valeria Sofia Sierra
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Valeria Sierra identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062429994 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 3146946224
O mi correo electrónico Jennifervalen@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.

Valeria Sierra
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062429994

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paola Ruiz P.
C.C. 1063140008.

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

Xiomara Vergara
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Xiomara Vergara identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062961455 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 3126427780.
O mi correo electrónico Kelly.dehoyosperez@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.

Xiomara Vergara
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062961455.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yardina Kelly 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

Maria Luz Perez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maria Luz Perez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007160706 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 3106597931
O mi correo electrónico reiguez214@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.

Maria Luz Perez
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paola Paz H.

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

Lorena Perez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lorena Perez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071350877 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 3011570112
O mi correo electrónico lperezgonzalez77@cecar.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 05 días del mes de Octubre del año 2023.

Lorena Perez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071350877

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jurlin Yulz Yonent.
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 Camila Vizcaíno Padilla
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Vizcaíno P. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063144755 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 3053132845
O mi correo electrónico mvizcainopadilla555@correo.uncordoba.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 05 días del mes de Octubre del año 2023.

María Vizcaíno.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063144755

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorelis Ruiz Florez
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

Kelly Johana Cordero.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Kelly Cordero. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067858223 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 3045609544
O mi correo electrónico Kcorderopadilla@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 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Kelly Cordero.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067858223

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Fiorella Ximena 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

Daniel Villalba Ramos
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Daniel Villalba R. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1069463142 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 3136946327
O mi correo electrónico Daniel.villalba.unionstar@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.

DANIEL VILLALBA
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1069463142

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yoselin Cruz Ferrer
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

Carlos Valencia Sierra
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carlos Valencia S. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071431694 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 3113105375
O mi correo electrónico Carlos Sierra1@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.

Carlos Valencia
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071431694

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra [illegible].
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

Klara Alejandra Santos
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Klara Santos identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073788956 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 3244666930
O mi correo electrónico angelo.bolanos16@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.

Maria santos A
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1073788956

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Feliz Flores
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

Miguel Zambrano
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Miguel Zambrano identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 15620794 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 3044867890
O mi correo electrónico miguelzambrano2022@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.

Miguel Zambrano
PACIENTE
C.C. o HUELLA 15620794

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra 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

Carlos Alberto Hernandez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carlos Alberto Hdz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 15620794 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 3044315743
O mi correo electrónico CarlosHernandez@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.

CARLOS Alberto H. M
PACIENTE
C.C. o HUELLA 15621267

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Cruz C.
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

Asfod Morales
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Asfod Morales identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072528883 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 3126867890
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 2023 del año Diembre.

Asfod C. Morales
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072528883

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Isabella Cruz C
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

Claudia Hernandez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Claudia Hernandez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50988045 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 3109912417
   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.

Claudia Hernandez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 50988045

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yorelis Ruiz Flórez
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430 R

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Manuel Herrera
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Manuel Herrera identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072522942 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 3107415473.
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 Junio del año 2023.

Manuel Herrera
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072522942

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlis Cruz Arrieta
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

Niñ Yoana Cantero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Niñ Joana C. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50989853 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 3016106009
O mi correo electrónico Cantero johana23@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.

Niñ cantero J
PACIENTE
C.C. o HUELLA 50989853

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jardin 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

Anyelis Correa Cortes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Anyelis Correa identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003655488 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 3003910733
   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 Planeta a los 05 días del mes de Diciembre del año 2023.

Anyelis correa
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003655488

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz 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

Katherine Medina
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Katherine Medina. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063 143 446 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 ( )

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 3003044669.
O mi correo electrónico katemedina170@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.

Katherine M
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063143446

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz

C.C. 1063447008

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

Katerine Urango Díaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Katerine Urango identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072522760 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 3024422336.
O mi correo electrónico katerineurangodiaz@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.

Katerine Urango Diaz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072522760

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz P
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

Rony Cabezas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Rony Cabezas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072523322 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 3024275180.
   O mi correo electrónico ronysema12@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.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072523322

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Peláez

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 Liz Ahumedo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Liz Ahumedo. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067162485 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 3245266016
   O mi correo electrónico Ahumedobarquettmaria12@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.

Maria liz Ahumedo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067162485

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra P.

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

Mayerlin Durango.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Mayerlin Durango identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072528500 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 3235164765
   O mi correo electrónico Diana.danielaorces@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.

Mayerlin Durango
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072528500

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Carlos Feliz

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

Mauricio Jair Faria Hernandez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Mauricio Jair Faria H identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072522100 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 3017094425.
   O mi correo electrónico Mauriciofh16@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.

Mauricio Jair Faria Hernandez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072522100

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jorlin Feliz 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

Pabla Guerrero R
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Pabla Guerrero. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072524522 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 3116188392
   O mi correo electrónico pablaguerrero@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.

Pabla Maria Guerrero
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.072 524522

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paola Ortiz Ospina

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

Iris Saray Plasencia
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Iris Saray P. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072522285 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 3026350963
O mi correo electrónico Plasencia2008ISaray@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.

Iris Saray M-A
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072522285

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Yulieth 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

Ana sofia Alvarez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ana Sofia A. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072531935 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 3143687082
O mi correo electrónico Anasofia11@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.

Ana Sofia Alvarez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.072 531935

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Milena 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

Kaimar Maria Gallego Meza
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Kaimar Gallego identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072523138 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 3113298780.
O mi correo electrónico kaimargallegomeza@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.

Kaimar Maria Gallego Meza
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072523138

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA [illegible]
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

Carol Díz V.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carol Díz V identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072522651 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 3045312047
O mi correo electrónico Carol Dayana Diz vargas 1800 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.

Carol Díz.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072522651

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Díz Herrera.
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

Derlis Gonzalez A
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Derlis Gonzalez A. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072531241 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 3215956296.
   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.

Derlys Gonzalez Agamez.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.072 531 241.

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paola Ortiz Perez.
C.C. 1003144008

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

Marlenis Fentes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marlenis Fentes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072526918 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 3104522360
   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.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072526918

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Carolina Ruiz Yance

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

Nedis Villalobos España
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Nedis Villalobos identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.131.105-204 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 3044345973
   O mi correo electrónico nedisvillalobos2308@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.

Nedis Villalobos
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.131.105.204

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Karina 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
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Maria Marquez Rojas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maria Marquez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1080077403 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 3044890238
   O mi correo electrónico Marrquez2612@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 Dicmbre del año 2023.

Maria Marquez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1080077403

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jadira Ruiz 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

Eylin Durango Castellon
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Eylin Durango C. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067162792 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 3105171138
   O mi correo electrónico Eilindurangocastellon@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.

Eylin Durango
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067 162.792

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorelis Feliz Flores
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

ZONA URBANA

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 7

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

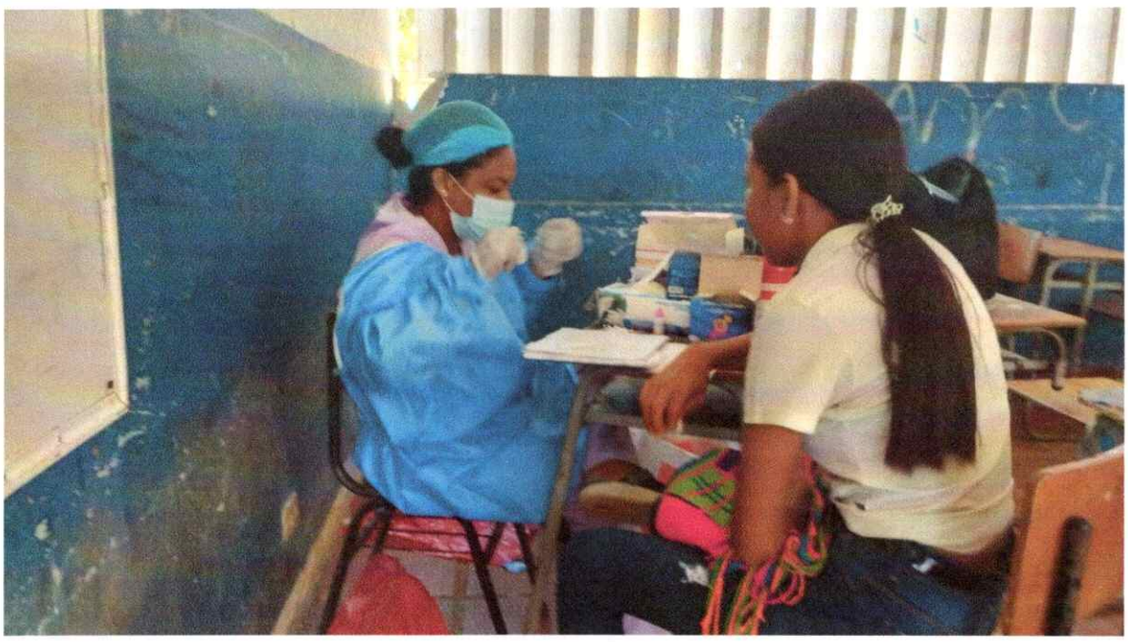
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

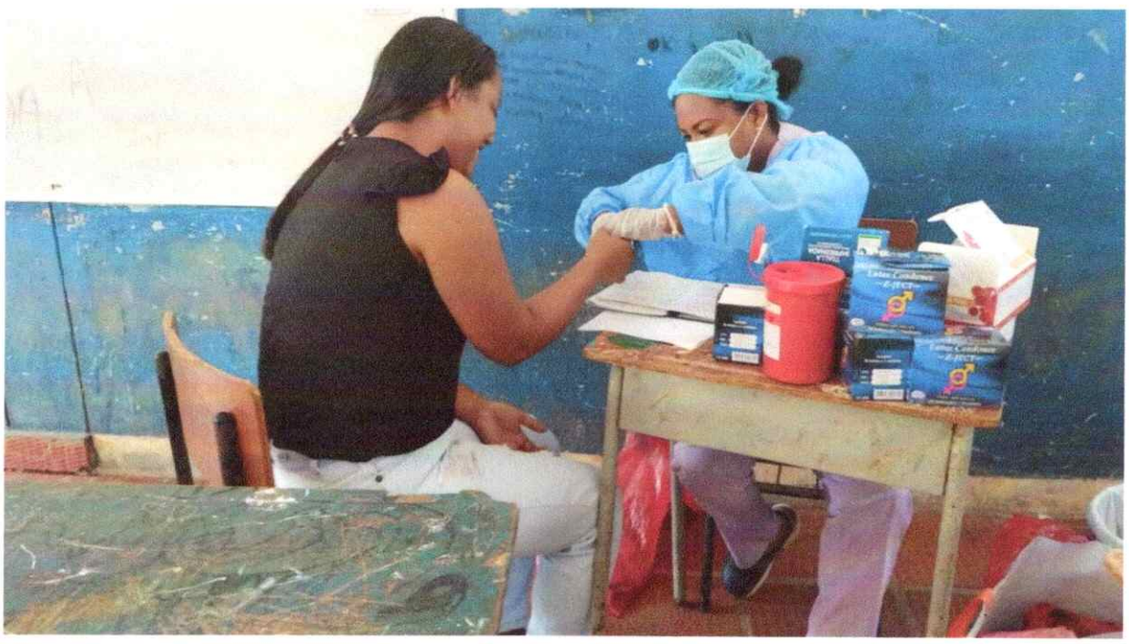
ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 07/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°7

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 07/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°7

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 07/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°7

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: 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 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	Ana Karina Galvis P	1193545096	21	F						X					3014996205	Ana Karina Galvis.
2	Mayra Guzman Negrete	1067166858	19	f	X										3135729223	Maira Guzman
3	Susana Cardenas Quintana	1003932074	22	F								X			3041180432	Susana Cardenas.
4	milagro cogollo otero	1052424981	19	f						X					3127272638	Milagro Cogollo
5	Santiago Hernández Arcia	7737975829	17	M											3022504083	
6	Omar Velásquez Sotelo	1062954564	19	F											3145127947	
7	Pilar Alfaro de La Ossa	1003787220	22	F											3223761943	
8	Diverney Muñoz	1003404805	23	M								X			3216153939	Diverney
9	Vianny Mejia	1004822776	22	F								X			3046632556	Vianny Mejia

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: Montería | Acta N°:

Fecha: 04/12/2023 | Hora inicial: 7:00 am | Hora final: 12:00 p.m

10	Jorge luis caballero	1003193298	22	M				X				X			3215347386	
11	Angie Teresa Naranjo M	1038099284	21	F											3016148438	
12	Emiro flores Zuñiga	1003308756	21	M											3106195334	
13	Salime Navarro Sisin	1062605036	19	F											3208169066	Salime Navarro S.
14	Sindry Paola Florez Paz	1007517460	21	F	X					X					3135672459	Sindry Florez.
15	Vanessa Pineda	1003360466	21	F						X					3136503213	Vanessa Pineda Ramos
16	Yiseth Lázaro Luna	1003433969	22	F				X							3245706464	Yiseth Lázaro Luna
17	Jose Almanza Causil	1062937801	18	M				X							3115668077	
18	Diana Solar Fabra	1137974519	18	F				X							3146605871	Diana Solar
19	Stefany Daza Lopez	1003180826	22	F				X							3104520043	Stefany Daza
20	Samuel Cossio Cordero	1067846172	19	M				X							3185258436	
21	Juliana Tirado Doncel	1062954502	20	F				X							3005451065	JulianaT
22	Beicy Figueroa G.	1062937738	18	F				X							3188386514	Beicy
23	Ana Orozco Berrio	1064956161	26	F				X							3008215701	Ana
24	Lina villadiego	1064431226	21	F				X							3146389591	Lina V
25	Ferney Padilla	1001668361	21	M				X							3125422415	Ferney
26	Daniela López	1003402771	20	F				X							3013557723	Daniela López

Alcaldía de 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: 07/12/2023 | Hora inicial: 7:00 a.m | Hora final: 12:00 pm

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	Victima	Talla baja	LGBTQ		
1	Wendy.sept25@gmail.com	1062432056	22	F											3005249916	Wendy Vidal R.
2	Camilo Cabrera	1193154019	23	M											3122183736	camilo cabrera
3	Sebastian Causil	1068590340	24	M											3116576728	
4	Natalia Santos	1062427040	21	F											3016829294	Natalia Santos
5	Maverlis Ramos	1001683767	22	F											3127398261	
6	Ineth dayana Martinez	1062429302	18	F											3003277844	Ineth Martinez
7	Tatty Milena Espitia P	1064986576	17	F											3204249301	Tatty Espitia
8	Yirleth Navarro Rumbo	1065568641	19	F											3042724678	
9	Yesid Miguel Oviedo Guerra	1067841051	19	M				X							3002083269	Yesid Oviedo Guerra

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 50504177 Abril 23 de 2008

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

Ciudad: Montería.		Acta N°:	
Fecha: 07/12/2023	Hora inicial: 7:00am	Hora final: 12:00 PM	

10	Frehinnis Avila Negrete	1063138302	19	F										3024204779	
11	Maria fernanda Valencia	1003342024	23	F										3148553000	
12	Yoeris Perez S	1193562735	20	F										3126885075	Yoeris Perez
13	Fabian Luna Serna	1062428387	18	M										3005031464	Fabian Luna
14	David Cano Pertuz	1062424181	19	M										3008595356	David Cano Pertuz
15	Isleedys Artes	1003048240	20	F										3226448819	
16	Bayron Paternina	1064980371	21	M										3226777466	Bayron Paternina
17	Jesus Cruz	1007139451	23	M										3016218928	
18	Pilar Gomez	1067963688	24	F										3152242470	Pilar Gomez
19	Yiseth Contreras	1069984827	18	F										3028593523	Yiseth Contreras
20	Dilis Mabel Anaya	1062430324	18	F										3217398836	
21	Brandon Tejada	1104257032	18	M										3007372082	Brandon Tejada.
22	Carmelo Pinedo Arias	1103498449	18	M										3103597267	Carmelo Pinedo
23	Sebastián Piedrahita C	1104257859	17	M										3102435703	Sebastián Piedrahita
24	Julian Rivero Salgado	1034988843	18	M										3104308277	Julian Rivero
25															
26															

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Wendy Vidal Ramirez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Wendy Vidal Ramirez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062432056 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 3005249916
   O mi correo electrónico Wendy.Sept25@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 07 días del mes de 12 del año 23.

Wendy Vidal R.
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachia Ruiz Flores

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

camilo Andres Cabrera
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Camilo A. Cabrera identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.193.154019 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 ( ) 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 3122783736
O mi correo electrónico caancamo2000@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 01 días del mes de Dic. del año 2023.

Camilo A Cabrera
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1193154019

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlis Ruiz Flores.
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 Enrique Causil Noriega
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sebastian Causil Noriega identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068590340 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 3116576728
O mi correo electrónico Scausil@outlook.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 07 días del mes de 12 del año 23.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1068590340

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz Ramos
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

Natalia Santos
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Natalia Santos identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062427040 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 3016829294
O mi correo electrónico nataliavsantoslópez@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.

Natalia Santos
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062427040



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA [illegible]
C.C. 1063144008
REGISTRO 232430142

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Mayerlis Ramos Roqueme
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Mayerlis Ramos Roqueme identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1004683767 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 3127398261
   O mi correo electrónico mayiloramos15@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 07 días del mes de 12 del año 2023.

Mayerlis Ramos
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz Ymert

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

Ineth dayana Martinez S.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ineth dayana M. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062429302 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 3003277844
O mi correo electrónico 122dayana7@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 01 días del mes de diciembre del año 2023.

Ineth dayana Martinez
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jardin Muñoz Ximena

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

Tatty Milena Espitia portillo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Tatty Espitia identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1064986576 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 3204249301
O mi correo electrónico mileespitia80@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 07 días del mes de 12 del año 2023.

Tatty Espitia
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra 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
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

yirleth Navarro
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, yirleth Navarro identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1005568641 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 3042724678
O mi correo electrónico yirleth1225@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 07 días del mes de diciembre del año 2023.

Yirleth Navarro
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1005568641

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlis Ruiz Ahmed.

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

Yesid Miguel Oviedo Guerra
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yesid Miguel Oviedo Guerra identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067841051 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 3007083869
   O mi correo electrónico yesidoviedoguerra@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.

Yesid Oviedo Guerra
PACIENTE 1067841051
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Aurelina Ruiz Ynenz.
C.C. 1003144008.

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

Frehinnis Vanessa Ávila Negrete
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Frehinnis Ávila identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063138302 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 3024204779
   O mi correo electrónico negretevanessa964@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 7 días del mes de diciembre del año 2023.

Frehinnis Ávila N
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlis Ruby Ghent

C.C. 1063144008.

REGISTRO 232480 | R

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 fernanda de la cruz blanco
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, maria fernanda valera identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003429124 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 _____
   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 1 días del mes de 12 del año 2023.

maria fernanda de la cruz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003429124

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachia Ruiz Yanes

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

Yoeuis Perez S
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yoeuis Perez Simancas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1193562735 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 01 días del mes de 12 del año 2023.

Yoeuis Perez S
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1193562735

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Aurelino Luis 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

Fabian Luna Sena
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Fabian Luna identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062428387 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 3005031464
   O mi correo electrónico fabianluna4535@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.

Fabian Luna Sena
PACIENTE CC. 1062428387
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorelis Ruiz Yanez.
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

David Santiago Cano Pertuz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, David Santiago Cano Pertuz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062424181 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 Monteria a los 01 días del mes de 12 del año 2023.

David Santiago Cano Pertuz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062424181



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jordin Hoyos Flores.
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

Lisleidys Esther Artuz Guerra
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lisleidys Artuz. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003048240 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 3226448814
O mi correo electrónico 1003lisartuz@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 07 días del mes de 12 del año 2023.

Lisleidys A.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003048240

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paola 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

Bayron José Paternina Morales
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Bayron Paternina Morales identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1064980377 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 3226771466
O mi correo electrónico Josexneris@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 01 días del mes de 12 del año 2023.

Bayron Paternina Morales
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1064980377

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachia Ruiz Perez.
C.C. 1068144008.

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

Isaac Cruz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Isaac Cruz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007139451 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 3016218928
O mi correo electrónico cruzsara2016@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.

Isaac Cruz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1007139451



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorelis 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

Pilar Gómez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Pilar Gómez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067963688 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 (Si) 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 3152424470
O mi correo electrónico Goetpilar@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 07 días del mes de 12 del año 2023.

Pilar Gómez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067963688

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jordina Ruiz Flórez.
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

Yiseth Contreras
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yiseth contreras identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1069984827 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 3028593923
O mi correo electrónico yvalentinocontreras@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.

Yiseth contreras
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1069984827



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlina Ruiz Alvarez.
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

Dilis Mabel Anaya Romero.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dilis Mabel Anaya identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062430324 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 3217398836
O mi correo electrónico dilsmaros@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 11 del año 2013.

PACIENTE Dilis Mabel Anaya
C.C. o HUELLA 1062430324

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Lorlis Ruiz Ahmet
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

Brandon Tejada Sierra
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Brandon Tejada identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1104257032 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 3007372042
O mi correo electrónico tejadabrandon50@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 07 días del mes de 12 del año 2023.

Brandon Tejada
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1104257032

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlina Muñoz Ospino
C.C. 1063144008.

REGISTRO 232490/12

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Carmelo Pinedo Arias
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carmelo Pinedo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1103498449 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 310 359 7267
O mi correo electrónico Carmelo Pinedo 16 @ 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.

Carmelo Pinedo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.103.498.449

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorelis Cruz Flórez.
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

Sebastián José Piedrahita Contreras
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sebastián Piedrahita identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1104257959 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 3102435703
O mi correo electrónico sebastianPiedrahita2006@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 07 días del mes de 12 del año 2023.

Sebastián Piedrahita
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1104257959

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlis Ruiz Olivera.
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

Julian steven Rivero salgado
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Julian Rivero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1103498843 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 3104308211
   O mi correo electrónico julianx0396@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 07 días del mes de diciembre del año 2023.

Julian Rivero salgado
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1103498843

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlis Ruiz Ament.
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

Carla Andres Pabon
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carla Pabon identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1193549225 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 3012525236
   O mi correo electrónico Carla.pabon7@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 07 días del mes de 12 del año 2023.

Carla Pabon
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1193549225

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sochia 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
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Carlos Combatt
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carlos Combatt identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003047813 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 3135580074
O mi correo electrónico Combatt Santana C@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 01 días del mes de 12 del año 2023.

Carlos Combatt
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003047813



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachia Hernandez Ahern.
C.C. 1063144008.
REGISTRO 232480.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Bleidis Barrios Jaramillo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Bleidis Barrios Jaramillo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062962468 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 3126222907
O mi correo electrónico bleidisbarriosjaramillo@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 01 días del mes de 12 del año 2023.

Bleidis Barrios
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062962468



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jorlina Henao Ospina.

C.C. 1068144008

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 Maria Correa Ortiz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Correa Ortiz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003097812 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 3146380429
   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 07 días del mes de 12 del año 2023.

Luis Correa.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003097812

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlin Ruiz Flores.
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

Carlos Rossi Charrasquiel
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carlos Rossi Ch. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007827340 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 3152908898
O mi correo electrónico Carlos Rossi122101@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.

Carlos Rossi Ch.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1007827340



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Sanchez Flores.
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

Ali Vilma Cantillo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ali Judith Vilma identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1065374116 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 3016936597
O mi correo electrónico alleannoy.10@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 01 días del mes de 12 del año 2023.

Ali Vilma
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1065374116

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorchia Ruiz Flores.
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

Daniela Ramirez Saenz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Daniela Ramirez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1137975816 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 3022254645
O mi correo electrónico danielaramirezsaenz02@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 01 días del mes de Diciembre del año 2023.

Daniela Ramirez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1137975816

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachia Ruiz Ospina
C.C. 1063144008

REGISTRO 23248012

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 Contreras T
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María José Contreras identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1149030082 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 3246216340
O mi correo electrónico Manarbbias2001@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 Contreras Tobías
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1149030082



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachia Arroyo Flores
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

Jhonatan David Santos Oyola
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jhonatan Santos Oyola identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062955539 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 _____
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 07 días del mes de diciembre del año 2023.

Jhonatan Santos Oyola
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachia Ruiz Yanez

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

Bautista Hernandez Mestra
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Bautista Hernandez mestra identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1013808569 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 3114311194
O mi correo electrónico Bautista2503hernandez@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 07 días del mes de 12 del año 2023.

Bautista hernandez mestra
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1013808569

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlis Ruiz Flores.
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

Norala lozano soto
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Norala lozano soto identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062959765 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 3208836319
O mi correo electrónico noralalozanosoto2003@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.

Norala lozano soto
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062959765

TESTIGO
C.C. o HUELLA

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

REGISTRO 282430112.

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 Ramon Diaz Bueno
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Diaz Bueno 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 3132576838
O mi correo electrónico luisramond516@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.

Luis Ramón D.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062961087



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

Daniela Cogollo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Daniela Cogollo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.064983147 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 (V) 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 3145440374
O mi correo electrónico dannycogollo24@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 01 días del mes de 12 del año 2023.

Daniela Cogollo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.064983147

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Carlos Ruiz Perez
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

Salma Rodriguez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Salma Rodriguez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062957288 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 3126783322
O mi correo electrónico Salmaluz1820@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.

Salma Rodriguez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062957288



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachis Ruiz Jimenez
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 Nela Montes Díaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Montes Diaz. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1066603174 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 3233807537
O mi correo electrónico montesdiazmarianela@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.

María Montes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1066603174

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Paulina Ruiz Flórez

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

Valentina Padilla Ávila
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Valentina Padilla identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071429702 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 3116571804
O mi correo electrónico enapadilla1a@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 01 días del mes de Diciembre del año 2023.

Valentina Padilla Ávila
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071429702



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sarahi Ruiz Arrieta
C.C. 1063144008

REGISTRO 232480112.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Aura Durango
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Aura Durango identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003050642 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 3245693209
   O mi correo electrónico auraduran245@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 7 días del mes de 12 del año 2023.

Aura Durango
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003050642

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlina Ruiz Flores

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

Atti Paez Sánchez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Atti Paez Sánchez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068585059 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 3013780830
O mi correo electrónico attiPaezSanchez@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 04/12 días del mes de 12 del año 2023.

Atti esthela Paez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1068585059

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Paez 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

María Espitia
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Espitia identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1104409531 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 3128223434
O mi correo electrónico maria.espitiareino@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 1 días del mes de Diciembre del año 2023.

María Espitia
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1104409531

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Andrea Fonseca 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

Cristian Oviedo Pedroza
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Cristian Oviedo Pedroza identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003064849 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 3234831341
O mi correo electrónico cristiancamilooviedopedroza@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 07 días del mes de diciembre del año 2023.

Cristian Oviedo Pedroza
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003064849

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

Pedro Miguel Arteaga Restrepo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Pedro Arteaga identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062958960 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 3217436485
   O mi correo electrónico Pedroarteagarestrepo@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 01 días del mes de diciembre del año 2023.

Pedro Arteaga
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062958960

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz Flórez
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

Karolyn Dayana Regino Montalvo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Karolyn Regino Montalvo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1234095596 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 3147771667
O mi correo electrónico karolynregino99@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.

Karolyn Regino Montalvo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1234095596



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sachia Ortiz Flórez

C.C. 1063140008

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

Alejandra Cordero Muñoz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Alejandra Cordero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062955117 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 3205008005
   O mi correo electrónico Alejitamupoz@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 01 días del mes de Diciembre del año 2023.

Alejandra Muñoz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062955117

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorelis Ufreg Flores
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

Jairo Angulo Gonzalez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jairo Angulo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007834022 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 3217601219
   O mi correo electrónico Jairoan17@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 07 días del mes de diciembre del año 2023.

Jairo Angulo Gonzalez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1007834022

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Luz Flórez.

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 Julio Ricardo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carlos Julio Ricardo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1104874595 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 3046649702
O mi correo electrónico tallo141572@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 01 días del mes de 12 del año 2023.

Carlos Julio Ricardo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1104874595



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sandra Ruiz Flórez
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

Maria Elena Aviles Villegas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maria Elena Aviles identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007575062 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 3228669332
O mi correo electrónico aviles3maria21@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 07 días del mes de 12 del año 2023.

Maria Aviles
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1007575062



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Andrea Ruiz Flores.
C.C. 1063144008

REGISTRO 232430/12

ZONA URBANA

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 8

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 07/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°8

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 07/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°8

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 07/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°8

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: 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	Mauricio Agresot ✓	10713488059	20	M											3160409854	Mauricio
2	María Clara Melendez ✓	1002960146	18	F											3003407057	María Meléndez
3	Luis Felipe Pikes Gomez ✓	1074344204	18	M	X										2007570345	Luis Pikes
4	Alexandra Caldera Acosta ✓	1065292772	17	F											3106115514	Alexandra C.
5	Paola Coneo Hernández	1078818145	26	F	/										3128439403	Paola Coneo H.
6	Inmaculady Fabián S ✓	1068663945	32	F											3005481602	Inmaculady Fabián
7	Daniela Negrete ✓	1003004137	23	F											3122596580	Daniela N.
8	Joana segura ✓	1063114930	35												3216[illegible]877	Joana segura
9	Zoreilys Rios ✓	1104254443	19	F											3113403048	Zoreilys Rios Montes.

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: 07/12/2023 — Hora inicial: 2:00 P.M — Hora final: 4:00 P.M

10	Natalia Hoyos Perez	1003004515	19	F											3242993554	Natalia Hoyos
11	Isabella Manchego	0649178718	19	F											3112577479	
12	Andrea Gonzalez	1067842342	20	F											3135777831	
13	Didier Andrés Hdez	1007710009	23	M											3245703502	
14	Juan Steven Muñoz	1001671024	22	M		X									3122210250	
15	Daniela Pastrana Román	1040497366	18	F		X		X							3003487240	daniela P.
16	Jorge Suarez Avila	1063717193	19	M		X									3207085160	Jorge Suarez
17	Lucas otero Contreras	1061907788	21	M											3046200300	
18	Daniela Sibaja Posada	1003058715	23	F	X										3108325820	Daniela.
19	Diego Martinez Yanes	1062937394	17	M				X							3105120300	Diego Martinez
20	María Mendoza	1063728198	18	F		X									3185398413	María Mendoza
21	Kelly Borgos Ospino	1070809752	17	F		X									3024603640	Kelly B.
22	Valeria Perez T	1067846498	19	F		X									3234983996	Valeria Perez.
23	Omar Tirado	78746943	48	M											3015727029	Omar Tirado
24	Edvard González Martinez	1192744153	22	M											3225084097	Edvard González M.
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: | **TEMA:**

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	Carlos Combatt	1003047813	21	M											3135580074	
2	Camila Pulido	1193549223	21	M											3012525236	
3	Bleidis Barrios Jaramillo	1062962468	19	F											3126222907	Bleidis Barrios
4	Eva Cortes Ortiz	1003097812	28	F											3146389429	
5	Carlos Rossi Charrasquiel	1007827340	21	M											3152908898	Carlos Rossi
6	Alijadith Yilenis	1065374116	20	M											3016936597	
7	M. Elena Avilez Villegas	1007875062	22	F											3228669332	
8	Daniela Ramirez	1137975816	17	F	X										3022754645	Daniela R.
9	Nana Jos Contreras Tobar	1193030082	22	F											3216467340	

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 50504177 Abril 23 de 2008

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

Ciudad: Monteria		Acta N°:	
Fecha: 07/12/2023	Hora inicial: 2:00pm	Hora final: 4:00pm	

10	Jhonatan Santos	1062955537	19	M											3017216583	Jhonatan Santos
11	Batista Hernandez	1073809569	20	M											3114311794	Batista H.
12	Norala Lozano	1062959765	18	F											3208836319	Norala
13	Luis Ramón Diaz	1062961087	17	M											3132576838	Luis Ramón D.
14	Daniela Cogollo	1064983147	18	F											3145440374	Daniela
15	Salma Rodriguez	1062957288	20	G											3126783322	
16	Maria Montes Dias	1066603174	22	F											3233807537	Maria Montes.
17	Valentina Padilla	1071429702	18	F											3116577804	Valentina Padilla
18	Laura Durango	1003050642	22	F											3245693209	Laura Durango.
19	Atti Paez Sanchez	1068585059	31	f											3013780830	Attiesthela Paez
20	Maria Espitia Reino	1104409531	19	F											3128223434	Maria Es.
21	Cristian Ovalle Pedroza	1003044849	22	M											3238837341	Cristian O.
22	Pedro Arteaga	1062958960	22	M											3217436185	Pedro H.
23	Karolyn Reino	1234095596	24	F											3147771667	
24	Alejandra Cordero	1062955114	19	F											3205008005	AGM403
25	Jairo Andres Angulo	1007834022	21	M											3217601219	Jairo Angulo
26	Carlos Julio	1054874595	24	M											3046649702	Carlos Julio

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Vianny Mesra Jaramillo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Viannys Mesra identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003822276 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 3046632556
O mi correo electrónico chci.fiore2001@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.

Vianny Mesra
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003822276

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Carolina Ospino

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

Dwerney Muñoz pernudo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dwerney Muñoz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003404085 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 (Y) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (Y) Sífilis (Y) Hepatitis B (Y) Hepatitis C (Y)

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 321 813 3434
O mi correo electrónico dMunoz pernudo@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 1 días del mes de diciembre del año 2023.

Dwerney Muñoz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003404085

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jordin Yenly Yomeni

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

Pelor Mendez de la Osa
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Pelor Mendez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003127220 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 3223761943
O mi correo electrónico Pelvanegrao8@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 1 días del mes de Diciembre del año 2023.

PACIENTE 1003127220
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yoselin Ruiz Yance.

C.C. 1063144008

REGISTRO 23 2430 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

Omar Velásquez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Omar Velásquez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062954564 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 345127947
O mi correo electrónico Omardavidvelasquezsotelo@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 07 días del mes de Diciembre del año 2023.

Omar Velásquez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062954564

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Sorlin Ruiz Pineda
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

Santiago Hernández Arcia
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Santiago Hernández identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1137975828 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 3022509083
O mi correo electrónico santiagohedzarcia0206@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.

Santiago Hernández
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1137975828



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA

C.C. 1063144008

REGISTRO 232430125

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Milagro Cogollo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Milagro Cogollo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062424981 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 3127272638
   O mi correo electrónico milucogollo80@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.

Milagro Cogollo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062424981

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

Susana Cardenas Quintana
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Susana Cardenas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003432074 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 3041180932
   O mi correo electrónico Cardenas1.Susi@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 07 días del mes de 12 del año 2023.

Susana Cardenas
PACIENTE 1003432074
C.C. o HUELLA

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

Ana Karina Galvis Perez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ana Karina Galvis identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1193545096 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 _____
   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 01 días del mes de diciembre del año 2023.

Ana Karina Galvis
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

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

REGISTRO 232430/12