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: 12-12-2023	Hora inicial: 02:00pm	Hora final: 06:00pm

10	Jose arrieta G.	1071355936	24	M											3114294094	Jose Arrieta
11	Ingri arrollo G.	1071356580	27	F											3052251276	Ingri arroyo
12	Jose tapias	1003591545	21	M											3002503939	Jose Tapia.
13	Ledys Galarcio	1071355818	17	f											310 355 1451	Ledys Galarcio
14	Juan Pablo M.	1017222850	16	M											3215726346	Juan Pablo Muskus
15	Celeste urrego	26153459	18	F											3107360757	celeste urrego
16	Yoima Pereá	26143532	15	F											3107692 10	Yoima Pereá G.
17	Jose Ramos G	1067889283	19	M											3215240912	~~Jose Ramos~~
18	Sergio Gomez	1071357031	20	M											314 787 7955	Sergio Gomez
19	Ingris Yepez	1071349062	18	F											3106917292	INGRIS REYES
20	Carlos M. Pacheco	1071349862	14	M											300 4047269	Carlos
21	Candra martola	1143138995	16	F											316 6917204	Kandra Martola
22	Sari Guzmán	34 952402	17	F											300 9109232	Sary Guzmán
23	Marinel y B.	1071352894	15	F											No. t.	Marinell B.H
24	Martin yepez G	1071349459	16	M											3213503393	Martin yepes.
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 S0904177 Abril 23 de 2008

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

Ciudad: Montería		Acta N°:
Fecha: 12-12-2023	Hora inicial: 02:00pm	Hora final: 06:00pm

Lugar de la actividad: Cmcordobes

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje ITS

TEMA: VIH

DIRIGIDA A: Población general

RESPONSABLES: Personal de 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	Ady Sanchez	1067867795	28	f											3215032122	Adys.
2	Ana Hoyos	26760359	23	f											3145482356	Anita
3	Karen estival	1071311689	22	f											3142518959	Karen E.
4	Maria Pomet	1062051604	21	f											Not.	
5	Maria Gamero	1003596313	21	f											Not	Maria Gamero
6	Karen Gamero	1003588429	18	f											310515 6320	Karen Gamero
7	Vanesa arroyo	1071311142	19	f											3205279959	Vanessa Arroyo
8	Lurbey gamero	1003591597	22	f											Not.	Lurbey Gamero
9	Marcela velez	1067885836	23	f											No. t.	marcela Velez A.

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: 12-12-2020	Hora inicial: 02:00pm	Hora final: 06:00pm	

10	Yennifer Ofuendo	1071352841	19	f											3178322614	Yennifer ofuendo M.
11	Leanis Diaz	1003589377	23	f											3011570154	LEANIS DIAZ
12	Maria A. Donado	1062962856	17	f											3234762856	
13	Rosa Navarro C.	10713 49874	18	f											No. t.	Rosa navarro Caraballo.
14	Elida Vargas B.	1003 58998218	24	f											3008592571	Elida Vargas.
15	Carolina Rodriguez	1062608320	27	f											3175342792	+ Carolina rodriguez
16	olga lopez Bettin	1003590031	26	f											3009531615	olga lopez
17	Yoney Solar	1119290019 3	24	f											3007380861	Yoney Solar
18	Maria Yanet	1071352573	26	f											3176072370	Maira ~~Yanet~~
19	Maria Suarez	1071354294	13	f											3001220346	Maria Suarez
20	Maria Yanet S.	1071353748	15	f											3002629833	Maria A. Yanet Suarez
21	Liliana Luca Plata	1071356228	18	f											3148264743	Liliana L. Plata.
22	Kellys Mendoza	1003883432	28	f											3185049479	Kelly mendoza.
23	Lina marcela G.	1033787808	27	f											3163832200	Lina M Gonzales.
24	Laura Jimena M.	1010062100	27	f											3004811290	Laura Montiel.
25	Yuranis Fuentes	1063720777	18	f											3009811290	YuranIS Fuentes
26	Lina Tirado N.	1003589267	28	f											3228960472	Nina tirado N.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Lina Tirado N
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lina Tirado N identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003358967 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 (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 322 8960472
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Lina Tirado N
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003 358 967

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 76040457
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Arledys Ayamez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Arledys Ayamez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1001836395 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 (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 3149313139
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Arledy Ayamez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1001836395

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 1060043[illegible]
REGISTRO _____

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 Perez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carlos Perez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003591589 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 300 946 8424
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Carlos Perez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003591589

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

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 Gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dana Gomez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003589925 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 316 746 6272
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Dana Gomez N.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003589925

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 76046437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Rosa Reyes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Rosa Reyes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071349264 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 (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 3116256149
   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 11 días del mes de 12 del año 23.

Rosa Reyes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071349264

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Vanesa argumedo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Vanesa argumedo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003589949 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 (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 321 470 718
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Vanesa argumedo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003589949

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

tatiana arital
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, tatiana arital identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003590406 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 (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 314 615 0739
   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 _____ días del mes de 12 del año 23.

tatiana arital
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003590406

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

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 G.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jhonatan G. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063590755 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 (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 310·364 0030
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Jhonatan G.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003590755

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 7604437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Angelica Ventel
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, angelica ventel identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003590261 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 (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 3215256985
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

angelica Ventel
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003590261

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Adriana Vertel
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, adriana vertel identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071356057 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 311 654 15 00
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Adriana Vertel
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071356057

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jose arrieta G.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jose arrieta G. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071356580 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 (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 311·4294090
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Jose Arrieta.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071 356 580

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26 040 437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Ingri arroyo G.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ingri arroyo G. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073565 80 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 (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 (1) 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 3052251216
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Ingri arroyo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1073 56580

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 76040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jose Tapias
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jose tapias identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003591545 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 (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 3007303934
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Jose Tapias
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003591545

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 76040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

leidis Galarcio
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, leidys Galarcio identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071355878 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 3103551451
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

leidys Galarcio
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071355878

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Juan Pablo M.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Juan Pablo M identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1017227950 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 3215726306
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Juan Pablo M.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1017227950

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 25040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Celeste urrego
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Celeste urrego identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 26753459 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 (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 3109360757
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Celeste urrego
PACIENTE
C.C. o HUELLA 26753459

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yolma Perez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yolma Perez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 26193532 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 (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 3107360757
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Yolma Perez G.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 26193532

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jose ramos G.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jose ramos G identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067889293 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 3107169210
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Jose Ramos

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067889293

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 76040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Sergio gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sergio gomez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071357031 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 (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 3147877855
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Sergio Gomez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071357031

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 76090437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Ingris reyes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ingris reyes. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1077349062 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 (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 3106817204
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Ingris Reyes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1077349062

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040 439
REGISTRO _____

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 M Pacheco
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carlos M. Pacheco identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 107134 9962 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 300 · 40 99169
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Caryl
PACIENTE
C.C. o HUELLA 107134 9962

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

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

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Candra marfola
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Candra marfola identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1143738895 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 3106817204
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 12 días del mes de 12 del año 23.

Kandra marfola
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1143738895

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Sari Guzman
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sari Guzman identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 34982402 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 (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 3008109232
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Sary Guzman
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 1060040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Marinely B.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marinely B. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 352 994 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 (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 12 días del mes de 12 del año 23.

Marinely B
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071 352 994

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Martin reyes E.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Martin reyes E. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071349489 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 (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 3213503383
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Martin reyes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071349489

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Ady Sanchez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ady Sanchez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067867795 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 3215032122
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Adys
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067867795

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 76040437
REGISTRO _____

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 Hoyos
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ana hoyos identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 26160359 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 3145482356
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 12 días del mes de 12 del año 23.

Anita
PACIENTE
C.C. o HUELLA 26160359

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

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 Estupiñan
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Karen Estupiñan identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073116894 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 3147318959
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 12 días del mes de 12 del año 23.

Karen E.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1073116894

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

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 Gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Gomez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062057601 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 _____
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062057601

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040457
REGISTRO _____

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 Camero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Camero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003590313 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 _____
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 12 días del mes de 12 del año 23.

María Camero
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003590313

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26090437
REGISTRO _____

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 Ganero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Karen Ganero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003588428 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 3105156320
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 12 días del mes de 12 del año 23.

Karen Ganero
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003588428

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040937
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Vanesa arroyo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Vanesa arroyo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071311142 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 3205274987
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Vanessa Arroyo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071311142

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Lurbey arroyo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lurbey arroyo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003591587 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ⊘ Sífilis ⊘ Hepatitis B ⊘ Hepatitis C ⊘

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

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

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

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

Lurbey arroyo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003591587

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Marcela Velez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, marcela velez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067885836 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 _____
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 12 días del mes de 12 del año 23.

marcela velez.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067885836

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yennifer ofuendo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yennifer ofuendo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071352941 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 (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 3179327674
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 12 días del mes de 12 del año 23.

Yennifer ofuendo A.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071352941

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Leanis Diaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Leanis Diaz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003589377 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 3017570154
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

LEanis Dias
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003589377

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

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 A. Ponado
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maria A. Ponado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062962956 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 (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 3234762956
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

MJ

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062962956

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Reel.
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Rosa Navarro C.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Rosa navarro C. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071349874 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 (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 12 días del mes de 12 del año 23.

Rosa Navarro
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071 349 874

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 26040439
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Elida Vargas B.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Elida Vargas B identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003598218 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 3008592571
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Elida Vargas
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003598218

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 26640937
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Carolina Rodriguez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carolina Rodriguez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062 608 320 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 317 534 0292
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Carolina rodriguez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062 608320

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 7604043
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

olga rodriguez Lopez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, olga rodriguez L. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 100 354 0031 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 (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 3007531615
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

olga lopez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 100354 0031

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yoney Solar
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yoney Solar identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1119290019 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 (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 3007380361
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Yoney Solar
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1119290019

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 26040437
REGISTRO _____

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 Yaneth
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Yaneth identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071352573 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 (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 3176072370
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

María Yaneth
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071352573

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

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 Suaret
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Mariana Suaret identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071354299 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 3005226346
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Maria Suaret
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071354299

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Liliana Lucia Plata
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Liliana Lucia Plata identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071356228 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 (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 3148264743
   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 17 días del mes de 12 del año 13.

Liliana L. Plata.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071356229

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

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 Y. Suarez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Y Suarez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071353248 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 3002624833
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 12 días del mes de 12 del año 23.

María A. Yanez Suarez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071353248

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 1060940437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Kelly mendoza
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Kelly mendoza identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003888432 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 318 8509414
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Kelly mendoza
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003888432

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 76046437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Lina marcela M.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lina marcela M. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1033787808 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 (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 346 383 2200
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Lina M. Gonzales
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1033787808

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Laura Jimena M
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Laura Jimena M. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1070062100 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 (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 3007911290
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Laura Montiel
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1070062100

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040437
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yuranis fuentes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yuranis fuentes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063722677 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 (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 3004812910
   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 12 días del mes de 12 del año 23.

Yuranis fuentes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063722677

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26046437
REGISTRO _____

ZONA URBANA

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 14

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 12/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°14

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

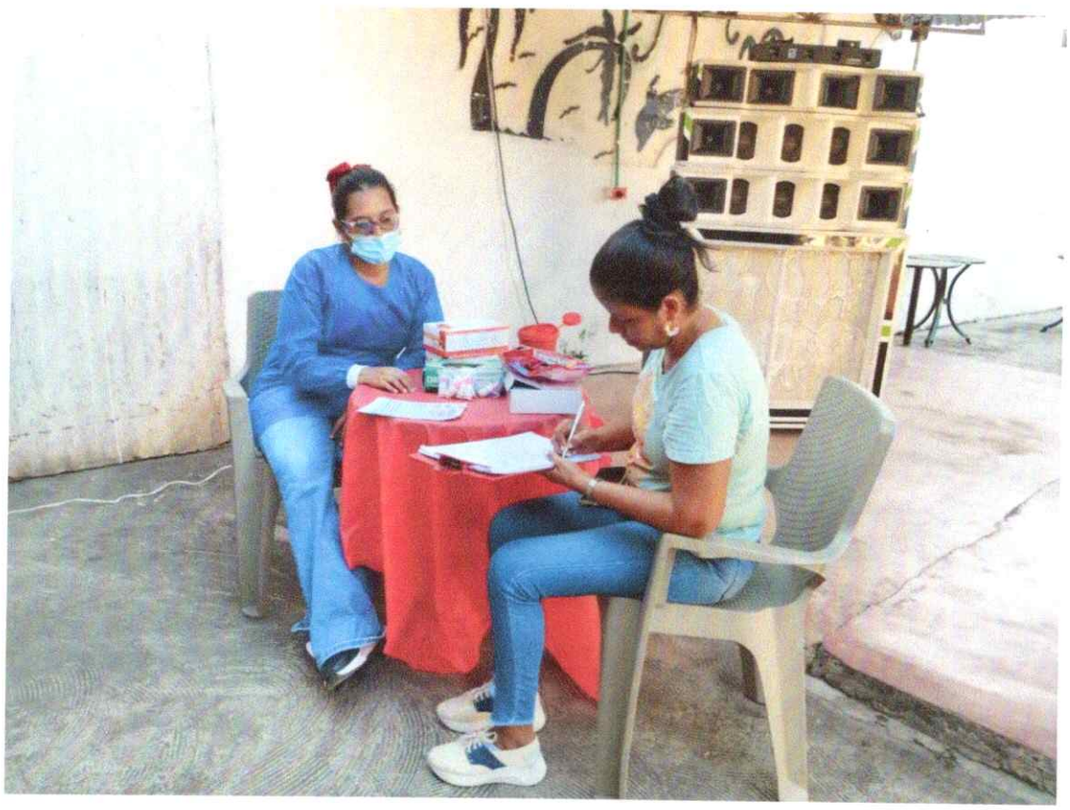
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 12/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°14

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 12/12/2023

LUGAR: zona urbana –UNICORDOBA- jornada n°14

POBLACIÒN: Población general



MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmavi
Fundación Mundial 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: 12 - 12 - 2023

Hora inicial: 02:00pm

Hora final: 06:00pm

Lugar de la actividad: Cordoba

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje ITS

TEMA: VIH

DIRIGIDA A: Poblacion general

RESPONSABLES: Personal de 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	Marta Arrieta	26264515	26	F											3215768224	Marta arrieta
2	Aura Vargas	1007596093	21	F											3167069505	Aura Vargas
3	Arbedis Acosta	1233432283 2	26	F											3106401233	Arbedis Acosta
4	Rubi Ramirez	1071340095	20	F											3003728124	Rubi Ramirez
5	Gina Coneo	1003001232	30	F											3246061222	Gina Coneo
6	Yajaira Reyes	1193559624	23	F											3948927472	Yajaira Reyes
7	Paola Acosta l.	1003541186	24	F											3023482772	Paola Acosta
8	Ana Banquet	1005906338	29	F											3164638222	Ana Banqueth pertuz
9	Natalia Jimenez	1067874192	30	F											3225216682	Natalia Jimenez E.

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: 12-12-2023	Hora inicial: 02:00pm	Hora final: 06:00pm	

10	Yurleidis Diaz	1003206837	21	F										3215763120		Yurleidis Diaz
11	Ana Bedoya	1071351068	21	F										3012370810		Ana Bedoya
12	Daniela Simanca	1071350 77	22	F										3016423272		Daniela Simanca
13	Katy Ligona	1003589263	22	F										3003758564		Katy Ligona
14	Viviana López	1071484 50	22	F										3057138170		Viviana López
15	Eva Gomez	1071356659	23	F										3007689120		Eva Gomez
16	Angie Arias	1066736122	16	F										3215773177		Angie Arias
17	daniela Simanca	1071350 77	22	F										3003824 33		daniela Simanca
18	Ines Pastrana	50895510		F										3057216218		ines pastrana
19	jessica Diaz	1003590451	22	F										3172896231		jessica Diaz
20	Leidi Plata	1071352369	19	F										3135267682		Leidy Plata
21	Aura Vargas	1081559403	21	F										3116422782		Aura Vargas
22	Jairo Negrete	1003589282	22	M										3135276791		Jairo Negrete
23	Karina Bedoya	1071359068	20	F										3012816212		Karina Bedoya
24	Erlys Urango	1001348039	19	F										3003758122		Erlys Urango
25	Yurlenis Gomez	1003590186	21	F										3003245182		Yurlenis Gómez
26	Araks pacheco	26162722	22	F										3005915087		Arelis pacheco

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmav
Fundación Mundial de Vida
Nit: 900 296 500 - 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: 12-12-2023 | Hora inicial: 02:00pm | Hora final: 06:00pm

Lugar de la actividad: Unicordoba

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje ITS | TEMA: VIH

DIRIGIDA A: Poblacion general | RESPONSABLES: Personal de 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	Karina Flarez	1071349078	21	F											3053869752	Karina Florez
2	Dunia Guzman	1071341097	18	F											3224575061	Dunia Guzman
3	Isabella Gutierrez	1003591546	21	F								✓			3016711849	Isabella G.
4	Yesica Morales	1068670231	21	F											3117714092	Karen Giraldo
5	Karen Giraldo	1013121120	14	F											3012721142	Yesica Morales
6	Mario Muñoz	1068852349	21	F											3216768221	Mario Muñoz
7	Yolieth Ramos	1071352655	15	F											3003752612	Yolieth Ramos G.
8	Daniela Ariza		17	F.											3012422730	Daniela Ariza.
9	Sara otero Lara	1071133472	13	F											3227012143	Sara Otero Lara

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: 12-12-2023.	Hora inicial: 02:00pm / Hora final: 06:00pm

10	Mary Argumedo	1071354595	15	F												3122342152	Mary Argumedo.
11	Linauris Ramos N	1041356682	30	F												3105162606	Linauris Ramos.
12	Marcia Casarrubio	1071356947	27	F												3162272147	Marcia Casarrubio
13	Yesica Peinado	1003589929	22	f												3135402084	Yesica Peinado
14	Xiomara Martinez	1071353781	19	F												3205861212	XIOMARA MARTINEZ
15	Edith Gómez	1071358131	24	F												3162885727	Edith Gomez
16	Helen Mercado	1062956778	19	F												3205461726	Helen Mercado
17	Lorena Perez	1071352956	24	F												3116409620	Lorena Perez
18	Idalmis Reyes	1071357961	24	F												3217896232	Idalmis Reyes
19	over fernandez	1071350375	21	M												3137658129	over fernandez
20	Wendy tinado	1005434528	21	M												3148512513	Wendy Tinado
21	Victor Arcio	1062436496	15	M												3157201693	Victor Manuel Arcio
22	Maria Rivero	1071353662	30	F												3205162606	Maria Rivero
23	Alexander plazo	1067879184	30	M												3136398121	Alex P.V.
24	Juanito Cordero	1071353662	34	F												3217124610	Juanito Cordero
25	Anaconchila	26163037	40	F												3103492513	Anaconchila M.
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

Ana Carchilo Mont
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ana Carchilo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 26163037 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 3103492513.
O mi correo electrónico carchiloana@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Ana Carchilo M.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 26163037

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Alba Guerra C
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Alexander plazo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Alexander plazo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067874184 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 3136398121
O mi correo electrónico alexpv123@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Alex PV.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067874184

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilan Guerra G.
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Juanito Cordero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Juanito Cordero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071353662 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 (S) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3217129610
O mi correo electrónico Juanitocordero1997@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Juanito Cordero
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071353662

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilar Guerra C.
C.C. 50920088
REGISTRO

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 Rivero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maria Rivero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071353662 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 3205162606,
   O mi correo electrónico mario1212@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Maria Rivero
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071353662

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilan Guerra G.
C.C. 5092008
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Victor Arcio
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Victor Arcio identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062436496 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 3157201683
O mi correo electrónico victormanuel0612-12@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Victor Manuel Arcio
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062436496

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Nilson Guerra C.
C.C. 50120083
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Wendy Tirado
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Wendy Tirado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1005434528 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 3148512513
O mi correo electrónico latiradodelsabor@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Wendy Tirado
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Gilbert Caviedes G.
C.C. 80920088
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Over Fernandez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Over Fernandez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071352375 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 3137668129
   O mi correo electrónico oversito-elmejor@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Over Fernandez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071352375

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Alba Guerra G.
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Idalmis Reyes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Idalmis Reyes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071357961 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 3247896232
O mi correo electrónico reyesdelmark@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Idalmis Reyes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071357961

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Diber Cuervo G.
C.C. 1092000888
REGISTRO

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 Pérez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lorena Perez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071352956 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 3116407620
O mi correo electrónico Lorenaperez2020@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Lorena Pérez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071352956.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yuly Guerra G.
C.C. 50920088
REGISTRO

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 Martinez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Xiomara Martinez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071353781 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 3205861212
O mi correo electrónico Segundonombredexiomy@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

XIOMARA MARTINEZ
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071353781

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Jhon Cuervo C.
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Helen Mercado
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Helen Mercado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062956778 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 3205461776
O mi correo electrónico Helensitodelacruz12@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Helen Mercado.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062956478

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Libia Guerra C.
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Edith Gomez H
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, edith Gomez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071358131 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 3162885727
   O mi correo electrónico edithgomez2000@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Edith Gomez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071358131

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Pilar Caseres G.
C.C. 50920080
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yesica Peinado
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yesica Peinado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003589429 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 3135402084
O mi correo electrónico elpeinadodeyesik@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Yesica Peinado
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003589429

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Pilar Guerra G.
C.C. 30920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Marcia Casarrubia
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marcia Casarrubia identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071356447 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 3162727147
   O mi correo electrónico 0829marcoley@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Marcia Casarrubia
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071356447.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yuly Cabrera C.
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Linauris Ramos N.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Linauris Ramos identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1094135682 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 3205162606
   O mi correo electrónico Soilamejor linaurisramos@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Linauris Ramos Navarro
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1094135682

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Diber Guerra C.
C.C. 1092000888
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Mary Arguedo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Mary Arguedo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071354595 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 3122342152
   O mi correo electrónico chichilomari@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Mary Arguedo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071354595

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Pilar Guerra C.
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Natalia Jimenet
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Natalia Jimenet identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067874192 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 3225216682
O mi correo electrónico natyladelson@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Natalia Jimenez C.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067874192

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Diby Cuevas C.
C.C. 50920088
REGISTRO

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 Banqueth Pertuz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ana Banquet identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1005406338 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 3164638222
O mi correo electrónico banquethpertuzana1218@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Ana Banqueth Pertuz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1005406338

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dibal Guerra G.
C.C. 1003200888
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Paola Acosta
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Paola Acosta identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003541186 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 3023482472.
O mi correo electrónico paolamejordelmundomundial@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 _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Paola Acosta
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003541186

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Gilberto Guerra G.
C.C. 92000888
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Gina Coneo.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Gina Coneo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003001232 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 3246061222
   O mi correo electrónico Coneo Coneo lomejor@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Gina Coneo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003001232

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Delay Guerra G.
C.C. 50970098
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Rubi Ramirez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Rubi Ramirez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071340045 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 3003728124
O mi correo electrónico rubienlau@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Rubi Ramirez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071348045

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1009200088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yajairo Reyes Simanca
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yajairo Reyes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1193559624 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 3014842772.
O mi correo electrónico Yajairo12elsonreyes@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Yajairo Reyes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1193559624

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Diber Guerra G
C.C. SDQ200088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Arledys Acosto
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Arledys Acosto identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1233432283 2 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 3106401233
   O mi correo electrónico laipypisacosta22@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Arledis Acosto
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1233432283 2

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilan Guerra G.
C.C. 1092100898
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Aura Vargas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Aura Vargas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 100759603 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 3167069505
   O mi correo electrónico auritavargas2003@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Aura Vargas
PACIENTE
C.C. o HUELLA 100759603

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilver Guerra C.
C.C. 1067920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Arelis Pacheco
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Arelis Pacheco identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 26162722 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 3005915081
O mi correo electrónico pachecoavelism@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Arelis Pacheco
PACIENTE
C.C. o HUELLA 26162722

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Silas Caraballo G.
C.C. 1003020088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Marta Arrieta
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marta Arrieta identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 26264515 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 (O) Sífilis (O) Hepatitis B (O) Hepatitis C (O)

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 3215768224
   O mi correo electrónico morticaarrieta26@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

marta arrieta
PACIENTE
C.C. o HUELLA 26264515

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilar Guerra G.
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yurlenis Gómez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yurlenis Gómez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003590186 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 3003451892
   O mi correo electrónico Yurlenislabella22@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Yurlenis Gómez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003590186

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilson Guerra G.
C.C. 1002000888
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Erlys Urango
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Erlys Urango identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1001348039 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 3003758122.
O mi correo electrónico lamasmejordelmundo@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 12 días del mes de Dicmb del año 2023.

Erlys Urango
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1001348039.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yibel Guerra G.
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Karina Bedoya
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Karina Bedoya identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071359068 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 3012816212
O mi correo electrónico labedo63@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Karina Bedoya
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071359068

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Diber Cuenca G
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jairo Negrete
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jairo Negrete identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003589292 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 3135276791
   O mi correo electrónico Jairo1804negro@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 12 días del mes de Diciem del año 2023.

Jairo Negrete
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003589292

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Diber Guerra G.
C.C. 50920088
REGISTRO

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 Vargas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Aura Vargas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1081559405 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 3116422782
   O mi correo electrónico auravalvargas@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Aura Vargas
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1081559405

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Ribert Guerra G.
C.C. 92008
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Leidy Plaza
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Leidy plaza. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071352369 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 3135267682
   O mi correo electrónico plazita12leidy@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 12 días del mes de Dicie del año 2023.

Leidy Plaza
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071352369.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Diber Guerra G.
C.C. 1093220888
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Sara otero L
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sara otero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071133472 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 3227012143
O mi correo electrónico oteroloorasara120@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Sara Otero Lora
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071133472

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Ribal Querro G
C.C. 50900088
REGISTRO

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 Muñoz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Muñoz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068823491 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 12 días del mes de 12 del año 2023.

María Muñoz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1068823491

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Gilbert Guerra C.
C.C. 5092088
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yulieth Ramos Guerra
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yulieth Ramos identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071352655 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 3003752612
   O mi correo electrónico ramitoguerroYoli@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Yulieth Ramos G.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071352655.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yibel Guerra C.
C.C. SD920088
REGISTRO

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 Dayana Giraldo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Karen Giraldo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1013121720 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 (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 3012721142
   O mi correo electrónico Karendayanagiraldo@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Karen Giraldo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1013121720

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Yibor Caicedo C
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yesica Morales Flórez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yesica Morale identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068670231 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 3137101307
   O mi correo electrónico yesimoraF@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Yesica Morales F.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1068670231

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Gilbert Guerra C
C.C. 50920088
REGISTRO

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 Simanca
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Daniela Simanca identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071350747 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 3003812133,
   O mi correo electrónico Valesidaniela@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Daniela Simanca
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071350747

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilia Cuello C.
C.C. 50920098
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Denis Guzman
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Denis Guzman identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071341097 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 3224575001
O mi correo electrónico CDguzman@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Denis Guzmán
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071341097

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Diana Guerrero
C.C. 52920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Karina Flórez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Karina Flórez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071349078 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 3053869752.
   O mi correo electrónico KKFlore20412@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Karina Florez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071349078

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilver Guerra C
C.C. 1009200888
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yesica Díaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yesica Díaz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003590451 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 3172896231
   O mi correo electrónico Sikadjesica@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Yesica Díaz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003590451

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Ayda Guerra C.
C.C. 50920008
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Inés Pastrana
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Inés Pastrana identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50845510 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 3057216248
O mi correo electrónico tutilamejor15@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Inés Pastrana
PACIENTE
C.C. o HUELLA 50845510

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilia Guerra C
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Angie Arias
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Angie Arias identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1066736122 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 3215773173
O mi correo electrónico angiearias077@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Angie Arias
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1066736122

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilson Guerra C
C.C. 92020088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Eva Gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Eva Gomez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071356593 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 3007689170.
   O mi correo electrónico Cielito2812@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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Eva Gomez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071356593.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilson Caicedo C
C.C. 1003000888
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Viviana Lopez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Viviana López identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071484850 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 305 7138170
   O mi correo electrónico lalopez2vivi@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 12 días del mes de Diciembre del año 2023.

Viviana Lopez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071484850

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Dilan Guerra C
C.C. 9070085
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Katy Licona
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Katy Licona identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003589263 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 3003775864
   O mi correo electrónico Katylamasliconq237@gmail.com.
   Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

Katy Licona
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003589263.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Robert Guerra C
C.C. 50920088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yurleidis Diaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yurleidis Diaz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003206837 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 3215763120
   O mi correo electrónico Ydiaz16@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 12 días del mes de Diciem del año 2023.

Yurleidis Diaz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003206837.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Silvia Caama C
C.C. 50912009
REGISTRO

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 Serranco
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Daniela Serranco identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071350777 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 3016423272
   O mi correo electrónico daniprince2001@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 12 días del mes de Dic del año 2023.

Daniela Serranco
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071350777

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Ribar Guerra C
C.C. 5092088
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Ana Bedoya
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ana Bedoya. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071351068 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 3012370810.
   O mi correo electrónico bedoya1204@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 12 días del mes de diciembre del año 2023.

Ana Bedoya.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071351068.

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Nilsa Cuenca C
C.C. 50970088
REGISTRO

ZONA URBANA

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 15

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

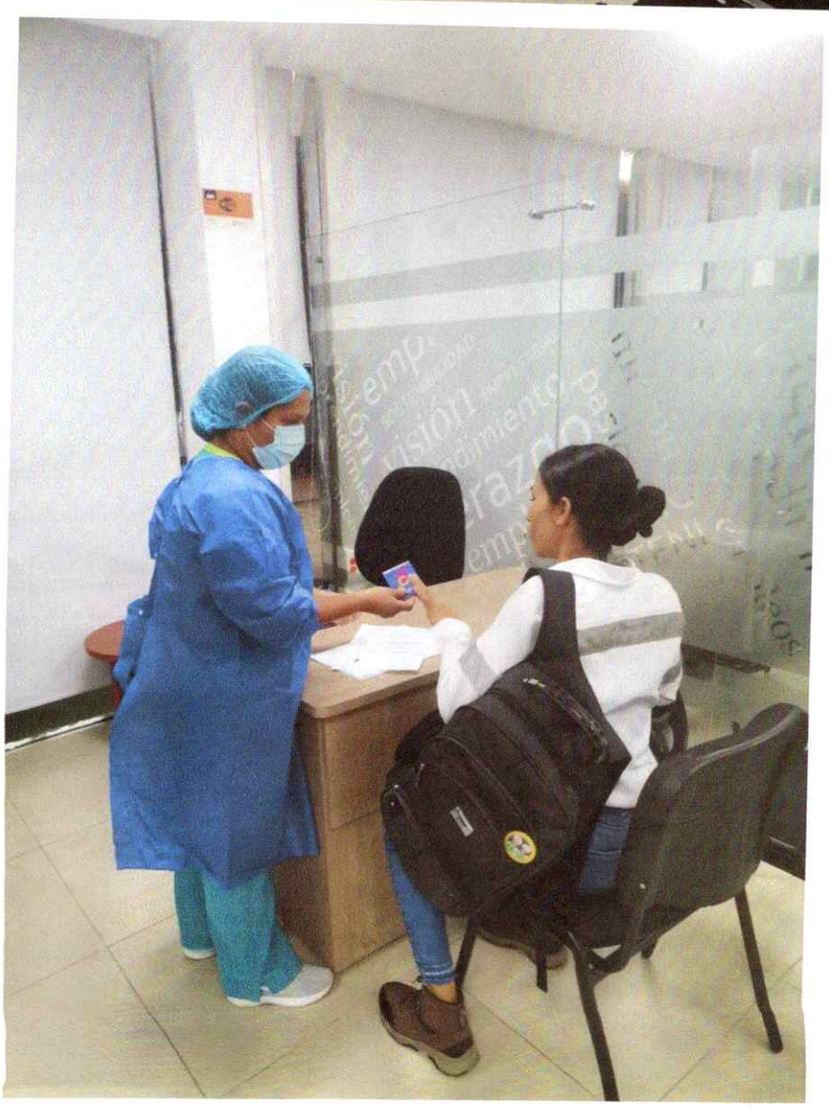
ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 14/12/2023

LUGAR: zona urbana –SENA- jornada n°15

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 14/12/2023

LUGAR: zona urbana –SENA- jornada n°15

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 14/12/2023

LUGAR: zona urbana –SENA- jornada n°15

POBLACIÒN: Población general



MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmavi
Fundación Mundial 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

Fecha: 14-12-2023 | Acta N°:

Hora inicial: 07:Am | Hora final: 12:00 PM.

Lugar de la actividad: Sena

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje ITS

TEMA: VIH

DIRIGIDA A: Población General

RESPONSABLES: Personal de 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	Luisa Fajardo	1071356894	9	F											316 430 1516	Luisa Fajardo.
2	Saira martinez	1071356574	11	F											312 790 1415	Saira Martinez.
3	madeleingomez	1071356298	10	F											No reporta	madeleín gomez
4	Dayanis Sanchez	1071356431	10	F				↓							300 716 713	DAYANIZ Sánchez.
5	José Garces.	1071356466	10	M											No reporta	José Garces
6	Isaac David Yan	1071356409	10	M											316 716 4119	Isaac Yanes.
7	Juan Barrera	1062977866	10	M											↓ no reporta	Juan Barrera.
8	Ameli esquivel.	1071356700	9	F											no reporta	AMELI SOFIA ESQUIVEL
9	Angela Castillo	1071355353	12	F				↓							315 304 6990	Angela

ok

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: 14-12-2023

Hora inicial: 07 Am.

Hora final: 12:00 pm.

10	Yaraylis vertel	1071355760	12	F						3210529526.	Jaraidis
11	Maria reyes.	1071354934	12	F.						3168706255	maria reyes.
12	Ariana Suarez	1065 846266	13	F						No rep.	Ariana Sofia
13	Luisa Buelvas.	1071355493	12	F						3215153219	Luisa Buelvas
14	Andrea negrete	1063167856	11	F						No rep.	Andrea negrete.
15	Dayana cantero	1062444601	12	F						3168706255	Dayana cantero
16	Dayana reyes.	1071355554	11	F						No rep.	Dayana reyes
17	Delia Perez	1071355761	11	F						3168706255	Delia Rosa
18	Kendri martinez	1071355157.	12	F						No reporto	Kendry
19	Isai Gomez	1062968488	14	M						3207181212	Isai.
20	Yuleth Mireya	1071349491	18	F						3213713825	Yuleth
21	Nayelis Jimenez	1071713539 2	14	F						3135394994	Nayelis
22	Luis Benavides	1072612811	14	M.						NO report.	Luis
23	Jose Gonzales	1062437760	14	M						3106613436	Jose David
24	Ferney Avilez	1071353924	14	M.						3173045019	Ferneys
25	Abram. Plaza	1071352631	14	M						No report.	Abram.
26	Samuel Tirado	1062608382	13	M.						3135783169	Samuel.

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmavi
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: 14-12-2023

Hora inicial: 07 Am.

Hora final: 12:00 PM.

Lugar de la actividad: sena.

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje ITS

TEMA: VIH

DIRIGIDA A: Poblacion general

RESPONSABLES: Personal de 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	Juan muñoz	1061966331	15	M				✓							3135754631	JUAN ANDRES
2	marlon Arroyo	1137978654	15	M.											3187877611	Marlon A A.
3	Cristian villalobos	1062607563	14	M											3126861918	Cristian
4	oscar avila.	1073353111	15	M											3215502189	oscar
5	Jean Flores	1071352835	16	M				✓							No repo	Jean.
6	Jesus velasquez	1071351313	16	M											3147221880.	Jesus
7	Jeferson Diaz	1071351995.	16	M											No reporta.	Jeferson Díaz
8	Dinavis Urango.	1073789055	13	F											3207128836.	Dinavis Urango
9	Marlon Arroyo.	1137478654	14	M.				✓							No repo	Marlon Arroyo.

OK

1 DIC

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: Monteria | Acta N°:

Fecha: 14-12-2023 | Hora inicial: 07 Am | Hora final: 12:00 PM.

10	Luis Benavides	1071353920	15	M											316 870 6255	Luis Benavides
11	Isac Gomez	1062968488	16	M											3168705563	ISAi Gomez
12	Yuleth Macea	1071348498	18	F											3157061415	Yuleth MACEA.
13	Leydi Trujillo	1071354074	17	F											3148670273	Leidy.
14	Daniela Hernandez	1071354641	16	F											No repo	Daniela.
15	Andrea restel	1071354365	13	F											3215643401	Andrea
16	Laurehanin polo	1071354374	15	F											No rep.	Laurehani
17	Maria velez	1071352684	14	F											3046206617	maria Jose
18	Valeria Arguedo	1061354016.	14	F											3205872612	Valeria.
19	Samuel moreto	1062607620	15	M.											No rep	Samuel.
20	Diego arroyo	1067902664	14	M.											3218012505	Diego.
21	oscar plaza	1.062.967.164	16	M											3014801613	oscar
22	Miguel ustel	1.071352422	15	M.											No rep.	Miguel Angel
23	Stefany Bolaño	1071354403	13	F.											316-8706555.	[illegible]
24	Sevay Mango	1071354726	12	F											3168206533.	Sevay
25	Ana Beatriz	1071351920	13	F											No rep.	Ana.
26	Daniela Arroyo	1071354696.	13	F											3136996284.	Daniela.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Leidy Trujillo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Leidy Trujillo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 354 574 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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Leidy Trujillo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071354574

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escllon
C.C. 50972255
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yulisa marcela
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yulisa marcela identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071348498 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 _____
   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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Yulisa marcela
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071348498

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Eduar
C.C. 1091671255
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Isac Gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Isac Gomez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.062 968 488 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Isac Gomez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.062 968 488

_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escha
C.C. 509 → 2255
REGISTRO _____

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 Benavides
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Benavid identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 353 3920 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

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

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

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

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

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 14 días del mes de 12 del año 2023.

Luis Benavides
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071353920.

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esculu
C.C. 50972255
REGISTRO _____

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 Arroyo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marlon Arroyo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1137978659 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Marlon Arroyo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.137978659.

TESTIGO
C.C. o HUELLA_____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Eguer
C.C. 50972755
REGISTRO_____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Dina urango
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dina Urango identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073 789 055 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 _____
   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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Dina urango
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1073 789.055

_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esulm
C.C. 50972755
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jeferson Diaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jeferson Diaz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071351995 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Jeferson Diaz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071351995.

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Gesum
C.C. 50971255
REGISTRO _____

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 velasquez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jesus velasquez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 351 313 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Jesus velasquez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071 351 313

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esuth
C.C. 50972755
REGISTRO _____

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 Beatriz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ana Beatriz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071351920 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 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 (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 _____
   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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Ana Beatriz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071351920.

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Eslen
C.C. 50972755
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Saray urango
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Saray Urango identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071354226 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH Ø Sífilis Ø Hepatitis B Ø Hepatitis C Ø

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

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

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es _____
   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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Saray Urango
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071354226.

TESTIGO
C.C. o HUELLA_____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Eslin
C.C. 50972755
REGISTRO_____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Isai Gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Isai Gomez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062 968 488 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Isai Gomez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062 968 488

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esmeralda
C.C. 50972755
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Kendri Martinez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Kendri Martinez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 355 157 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Kendri Martinez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071 355 157

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Estilla
C.C. 50972255
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Delia Perez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Delia Perez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071355761 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 Monteria. a los 14 días del mes de 12 del año 2023.

Delia Perez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071355761

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escuba
C.C. 50972253
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Dayana Reyes.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dayana Reyes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 355 554 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Dayana Reyes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071 355 554

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esula
C.C. 50977355
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Dayana Cautero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dayana Cautero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062 444 601 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 _____
   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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Dayana Cautero
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062 444 601

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escala
C.C. 50972733
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Andrea Negrete
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Andrea Negrete identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063 167 856 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Andrea Negrete
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063 167 856

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esmm
C.C. 50972757
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Luisa Buelvas.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luisa Buelvas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 355 473 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Luisa Buelvas
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071355473.

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Orellis
C.C. 50942255
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Ariana Suarez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ariana Suarez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1065 846 266 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 12 días del mes de 12 del año 2023.

Ariana Suarez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1065 846.266.

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Eulan
C.C. 50971755
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jean Flores
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jean Flores identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.071 352 835 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 24 días del mes de 11 del año 2023.

Jean Flores
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071352835

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esulla
C.C. 30972755
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Oscar Avila
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Oscar Avila identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1 073 353 111 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (✓) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH ✓ Sífilis ✓ Hepatitis B ✓ Hepatitis C ✓

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

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

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

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 17 días del mes de 12 del año 2023.

Oscar Avila
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.073 353 111

_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esclu
C.C. 50972255
REGISTRO _____

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 villalobo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Cristian villalobo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062 607 563 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Cristian villalobo.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062 607 563

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esmeralda
C.C. 50971253
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Marlon Arroyo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marlon Arroyo. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1137 978 654 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Marlon Arroyo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1137 978654

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esulan
C.C. 50972255
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Juan Muñoz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Juan Muñoz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1061 966 331 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Juan muñoz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1061 966331

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esclv
C.C. 50972755
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Samuel Tirado
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Samuel Tirado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.062 608 382 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Samuel Tirado
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.062 608 382.

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esther
C.C. 50972755
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Abram Plaza
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Abram Plaza identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 352 631 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Abram Plaza
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.071 352631

_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escala
C.C. 50982255
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Ferney Aviles
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ferney Aviles identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 353 929 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Ferney Aviles
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071 353 929

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esculpa
C.C. 50972755
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jose Gonzalez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jose Gonzalez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062 437 760 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Jose Gonzalez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062 437 760

_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esmilda
C.C. 50972755
REGISTRO _____

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 Benavides
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Benavides identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1072 612 811 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Luis Benavides
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1072 612 811

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escilda
C.C. 50972755
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Andrea Vertel
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Andrea Vertel identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 354 365 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 14 días del mes de 12 del año 2023.

Andrea Vertel
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071 354 365

_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Eslin
C.C. 50972255
REGISTRO _____