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 Hernandez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Daniela Hernandez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 354 641 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Daniela Hernandez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071354641

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escolar
C.C. 1093752755
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

Salome Cobollo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Salome Cobollo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1145 226 463 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 24 días del mes de 2 del año 2023.

Salome Cobollo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.145 226 463

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esteban
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

Luisa Bolivar
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luisa Bolivar identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1143.373 336 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 M del año 2023.

Luisa Bolivar
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1143373336

TESTIGO
C.C. o HUELLA_____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escalda
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

Lidia Rosa
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lidia Rosa identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1022991291 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (2) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (2) Sífilis (2) Hepatitis B (2) Hepatitis C (2)

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

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

Lidia Rosa
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1022991291

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Eslaith
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

María Camila
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Camila identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071353622 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

María C
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071353622

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

Ciad Vasquez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ciad Vasquez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1065 002 905 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Ciad Vasquez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1065 002 905

_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esmit
C.C. 50937255
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

Dani Quintana
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dani Quintana identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1064998758 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (2) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (2) Sífilis (2) Hepatitis B (2) Hepatitis C (2)

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

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

Dany quintana
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1064998758

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA esmit
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

Yisela Tirado
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yisela Tirado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1061353368. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Yisela Tirado
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1061353368

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esmeralda
C.C. 50972253
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

Saira Martinez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Saira martinez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071356574 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Saira Martinez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071356574.

TESTIGO
C.C. o HUELLA_____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esclm
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

María Reyes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Reyes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071354934 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

María Reyes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071354934

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esmeralda
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

Yareyis Vertel
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yareyis Vertel identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071355760 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Yareyis Vertel
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071355760.

TESTIGO
C.C. o HUELLA_____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esuh
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

Angela Castillo.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Angela Castillo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071355383 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Angela Castillo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071355383

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Eslm
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

Ameli esquivel
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ameli esquivel identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071356700 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

AMELI ESQUIVEL
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071356.700

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escuela
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 Barrera
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Juan Barrera identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062977886 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 Barrera
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062977886

TESTIGO
C.C. o HUELLA_____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Cesar
C.C. 1069722555
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

Isaac Yanes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Isaac Yanes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071356409 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Isaac Yanes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071356409.

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdras
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

José Garces
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, José Garces. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071356466 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

José Garces
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071356466.

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escala –
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

Dayanis Sanchez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dayanis Sanchez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071356431 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Dayanis Sanchez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071356431

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdu
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

Madelein Gomez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, madelein Gomez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071356298 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Madelein Gomez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071356 298

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escuela
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

Luisa Fajardo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luisa Fajardo. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 356 894 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Luisa Fajardo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071 356 894.

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdhen
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

Nayelis Jimenez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Nayelis Jimenez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.071 713 5392 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Nayelis Jimenez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.071 713.5392

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esclu
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

Yulieth macea
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yulieth Macea identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071349491 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Yulieth Macea
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071349491

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esulun
C.C. 50972155
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 Herrera
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sara Herrera identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071 355 5636 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Sara Herrera
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071 355 5636

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

María Serpa
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Serpa identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1071355641 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

María Serpa
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1071355641

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Eslin
C.C. 50972155
REGISTRO _____

ZONA RURAL - CAÑO VIEJO

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 1

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

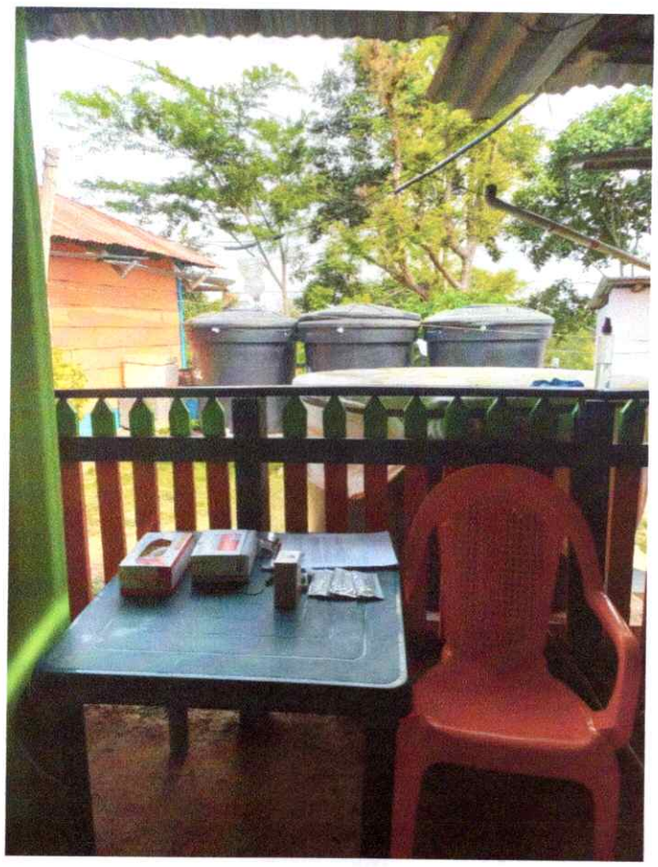
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

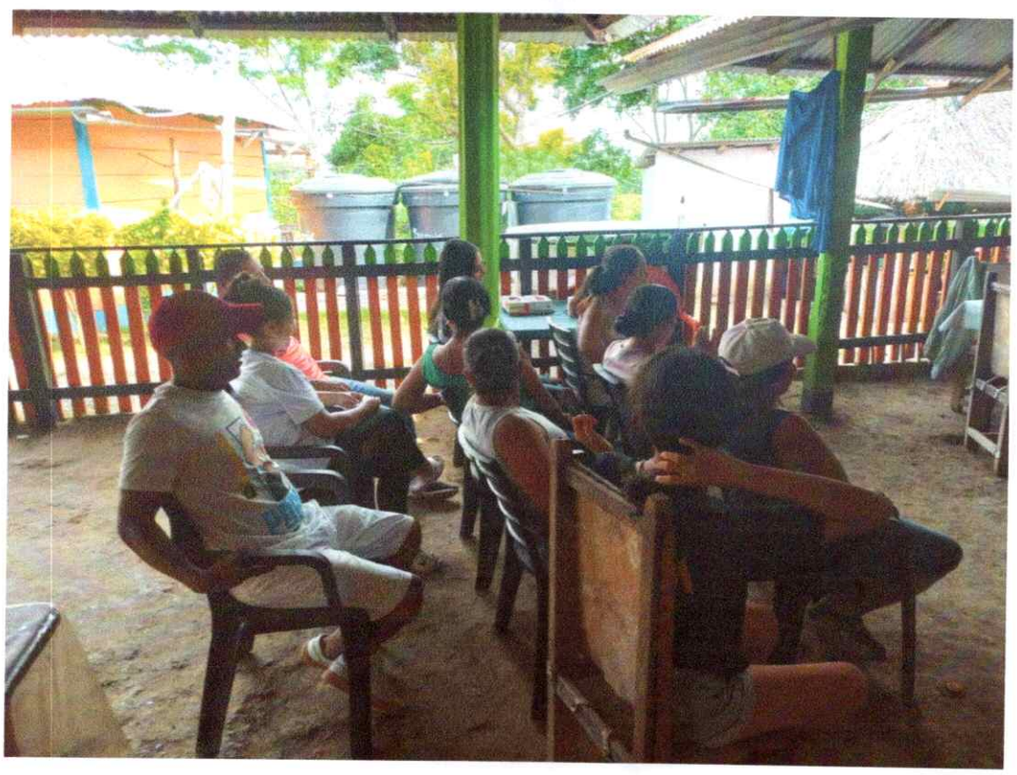
ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 02/12/2023

LUGAR: Caño viejo– zona rural - jornada n° 1 sector 1

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 02/12/2023

LUGAR: Caño viejo– zona rural - jornada n° 1 sector 1

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 02/12/2023

LUGAR: Caño viejo– zona rural - jornada n° 1 sector 1

POBLACIÒN: Población general



MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

funmavi
Fundación Manantial de Vida
NIt: 900 206 500 - 1
Personeria Juridica 50504177 Abril 23 de 2008

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

Ciudad: Montería | Acta N°:

Fecha: 02/12/2023 | Hora inicial: 7:00 a.m | Hora final: 12:00 p.m

Lugar de la actividad: Caño Viejo - Sector #1

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

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

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

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	EDAD	SEXO	ETNIA			TIPO DE POBLACIÓN							TELÉFONO	FIRMA
					Indigena	Afro	Rom - Gitano	Desplazado	Discapacitado	NNA	Adulto Mayor	Victima	Talla baja	LGBTQ		
1	Duvan Castillo.	1040372877	34.	M												DUD
2	Besaida Rodriguez	1063291453	33	F												Besaida Rodriguez
3	Viviana Morelo	1679031 44.	40.	F												Viviana Morelo
4	Samuel Charrasquiel.	6893086	59	M												Samuel Charrasquiel
5	Maria Tereza Mercado	10073910	38.	M												FCR.
6	Cesar. Bades	78688300	58.	M												FCR Cesar Bades
7	Rigoberto Villadiego.	7870476	59	M												Cesar Bades
8	Jainer Gonzales	1045421207	36.	M												
9	Carlos Mermudez	1099373 4	30.	M												

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: 02/12/2023 — Hora inicial: 7:00 a.m — Hora final: 12:00 P.M

10	Marisol Hernandez	34983986.	60.	F													Marisol Hernandez H.
11	Silvia Cardona.	No reporta	37	F													Silvia viviana Cardona B.
12	Pablo Diaz	No reporta	57	M													Pablo Diaz
13	Maria Reina Lora	1763426529	34	F													
14	Javier Racero Flores	1002402967	29	M													Javier Racero
15	Alipio Galvan Peñata	1073814350	36	M													Alipio Jose Galvan
16	Eduardo Alvarez Padilla	688+014	61	M												3022256774	
17	Luis Perez Augusto	1003433971	21	M													Luis Perez Peñata
18	Fm Rodriguez	1074002701	28	M													
19	Ruben Silva.	No reporta	50	M													
20	Jaime Arturo Gonzalez	1045421207	36.	M													
21	Liris Osorio.	10036497	20	M													LIRIS MARIA OSORIO
22	Luis Lopez.	3537447	35	M													
23	Israel Biron	8687670.	40	M													
24	Yari Bolivas S.	No reporta	17	F													
25	Roberto Martinez	1193769543	32	M													Roberto Martinez
26	Alejandra Nuñez	1768533466	36	F													Alejandra

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Duban Andres Castillo Seña
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Duban castillo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1040372854 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 _____
   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 02 días del mes de Dic del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1040372854

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

Bezaida Rodriguez Mendez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Bezaida Rodriguez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063291453 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Bezaida Rodriguez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1063291453

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Aurelia
C.C. 1072575
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 Morelo Beltran
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Viviana Morelo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067903144 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3234059945
   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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Viviana Morelo
PACIENTE
C.C. o HUELLA X 1067903144

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Estefania
C.C. 1222502
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 Chaparro Martínez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Samuel chaparro identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 6.893080 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3003598173
   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 02 días del mes de DIC del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 6893080

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Erick
C.C. 50477255
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 Teresa Mercado Dís
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Mercado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007391O manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

x María Mercado
PACIENTE
C.C. o HUELLA x 1 ERP

_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esah
C.C. 509 72255
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

Cesar Augusto Vader Marquez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Cesar Bader identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 78688300 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

X cesar Bader
PACIENTE
C.C. o HUELLA X 78.688300

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Estefer
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

Rigoberto Miguel Villadiego Flor13
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Rigoberto Villadiego identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 78704716 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3012046905
   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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Rigoberto V.
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escalona
C.C. 501 72255
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jaime Arturo Ruben Gonzales
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jaime Gonzalez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1045424207 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Jaime Gonzalez
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escal
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

Carlos Andres Bermudez N
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carlos Bermudez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 79993734 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH Ø Sífilis Ø Hepatitis B X 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 79993734

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escala
C.C. 50172255
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

Marisol Fernandez Hernandez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marisol Hernandez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 34983986 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3015948854
   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 02 días del mes de DIC del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 34.983.986

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Excel
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

Silvia Viviana Cardona Bohorquez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Silvia Cardona identificado(a) con la cédula de ciudadanía número No reporta manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Silvia Viviana Cardona B.
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
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

Pablo Diaz.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Pablo Diaz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número No reporta manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Pablo Diaz
PACIENTE
C.C. o HUELLA



_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escal
C.C. 50472255
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

Javier Racero.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Javier Racero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003402967 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003402967

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escal
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

Ruben Silva.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ruben Silva identificado(a) con la cédula de ciudadanía número No responde manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Ruben Silva
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escoh
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

Jaime Arturo Gonzalez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jaime Arturo G. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1045421207. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Jaime Arturo G.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1045421207

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
C.C. 50972235
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

Liris Mario OSorio Diaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Liris OSorio identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 10036497 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Liris maria osorio
PACIENTE
C.C. o HUELLA 10036497

TESTIGO
C.C. o HUELLA_____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Erick
C.C. 50972235
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 Eduardo Lopez Cardenas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Lopez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 3.537447 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Luis Lopez
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escal
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

Israel Enrique Bitton Gutierrez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Israel Bitton identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 8.687670 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 8687670

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escobar
C.C. 50977215
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

Yari Buelvas.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yari Buelvas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número No reporta manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Yari Buelvas
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escaf
C.C. 50472255
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

Ruben Silva Contreras.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ruben Silva identificado(a) con la cédula de ciudadanía número No Reporta manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Ruben Silva
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escel
C.C. 1069722555
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

Cheirys Iscath martinez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Cheirys Iscath identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003720059 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3006829714.
   O mi correo electrónico Cheirysmartinez@hotmail
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 02 días del mes de DIC del año 2023.

Cheirys Iscath
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003720059

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escal
C.C. 507 77255
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

Saira Araujo Rivera Rivera
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Saira Patricia Araujo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 26201392 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3117761202
   O mi correo electrónico NO tiene.
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 02 días del mes de DIC del año 2023.

Saira Araujo Rivera
PACIENTE
C.C. o HUELLA 26201392

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escall
C.C. 5647725
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 Alejandra Burbano T.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Alejandra B.T identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003 404 313 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 3024648512
O mi correo electrónico mariaburbano86@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 02 días del mes de DIC del año 2023.

María Burbano
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003404313

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escala
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

Yoluma Margarita Oquendo Rios
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yoluma Oquendo Rios identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067870992 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3215794750
O mi correo electrónico Margaritaoquendo21@hotmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 02 días del mes de DIC del año 2023.

Yoluma Oquendo Rios
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067870992

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escal
C.C. 50977255
REGISTRO

ZONA RURAL - CAÑO VIEJO SECTOR 2

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 2

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 03/12/2023

LUGAR: Caño viejo– zona rural - jornada n° 2 sector 2

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 03/12/2023

LUGAR: Caño viejo– zona rural - jornada n° 2 sector 2

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 03/12/2023

LUGAR: Caño viejo– zona rural - jornada n° 2 sector 2

POBLACIÒN: Población general



MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

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

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

Ciudad: Montería | Acta N°:

Fecha: 03/12/2023 | Hora inicial: 7:00 am | Hora final: 12:00 P.m

Lugar de la actividad: Caño Viejo - Sector #2

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje ITS | TEMA: VIH

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

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	EDAD	SEXO	ETNIA			TIPO DE POBLACIÓN							TELÉFONO	FIRMA
					Indígena	Afro	Rom - Gitano	Desplazado	Discapacitado	NNA	Adulto Mayor	Víctima	Talla baja	LGBTQ		
1	Jhoan Galvan Ortega	1003047807	21	M											3235239426	Jhoan Galvan
2	Liliana Solano Hercho	1040495256	18	F											3129484594	Liliana Solano
3	Juan pelez Guzman	15.041950	30	M											3013646729	Juan Perez
4	Marley Mendoza Martinez	1067961116	25	F											3008639124	Marley Mendoza
5	Claudia Jimenez Villalba	1068431900	29	F											3016134674	Claudia.
6	Eduardo Velez cortes	1020016562	23	M											3146067051	
7	MANUEL HERNANDEZ	8202877	48	M											3126256562	MANUEL HERNANDEZ
8	Alina Mª Hernandez T	1193522779	22	F											3225657109	Alina Mª T
9	Yorleydis Rodriguez	1001682178	29	F											3205045277	Yorleydis

MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGU..DAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

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

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

Ciudad: Montería | Acta N°:

Fecha: 03/12/2023 | Hora inicial: 7:00 a.m | Hora final: 12:00 p.m

10	Yuleth G. Lopez G.	20.940.499.	32	F											324.381.86.11	Yuleth Lopez G.
11	Paola Pinedo	50929181	43A	F											3234593393	Paola Pinedo
12	Cindy Galvan A	1133795146	36 A	F											3122547546	Cindy Galvan A
13	Carolina Balbuena	1065009561	27A	F											3005167423	Carolina Balbuena
14	LISSETH GONZALEZ	1003189605	22A	F											3004283076	
15	Sara pacheco Romo	1067837431	23	F											3015278016	
16	Jaime J. Meza Tinoco	1067942277	27	M											3245693912	
17	Adriana Lopez Ayala	106794622	27	M											304 4375426	Adriana Lopez
18	Katerine Barcenas	1003399285	21	M											3206461544	Katerine Barcenas
19	Yaneidis Villalba	1067957809	26	F											3216121113	Yaneidis Villalba
20	Frank Ballesteros	1068190893	21	M											3024416684	Frank Ballesteros
21	Maria Iglesias Mora	1023259523	22	F											3009337253	Maria Iglesias
22	Jose fernando Perez	1026533243	26	M											3045923365	~~Jose Pe~~
23	Andres olmos duran	1034526933	21	M											3135265933	Andres olmos
24	Maria Fernanda Lopez	1026593256	25	F											3149362692	~~Maria~~
25																
26																

MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGU DAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

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

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

Ciudad: Montería — Acta N°:

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

Lugar de la actividad: Caño Viejo - Sector #2

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje ITS — TEMA: VIH

DIRIGIDA A: Población general — RESPONSABLES: Profesional de la Salud

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	EDAD	SEXO	ETNIA			TIPO DE POBLACIÓN							TELÉFONO	FIRMA
					Indígena	Afro	Rom - Gitano	Desplazado	Discapacitado	NNA	Adulto Mayor	Víctima	Talla baja	LGBTQ		
1	Rosa Pineres M.	1003359505	24	F.											3106279966	Rosa Inés Pineres M.
2	Valery Santana	1007767361	27	f											3233822234	Valery Santana
3	Maira Vanessa Serpa Pastor	1067962371	25	F											3136359107	Maira V. Serpa P.
4	Andrés Arturo Arango	1067961627	24	M											3015436439	Andrés Arango
5	Valentina Negrete perez	1102875634	27 A	f											3006975307	Valentina negrete.
6	DANIEL CAVADIA	1067881967	33	M											3025372224	DANIEL
7	Yair Sanchez	1067899607	32	M											3125281371	Yair
8	Frank Ballesteros	1003790843	21	M											3008349363 7	Frank
9	Cesar Ferrari	1067892432	33	M											3234577130	Cesar Ferrari

Alcaldía de MONTERÍA Gobierno de la GENTE	**SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL** **REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS**	funmavi Fundación Manantial de Vida Nit: 900 206 500 - 1 Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

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

Ciudad: Montería	Acta N°:	
Fecha: 07/12/2023	Hora inicial: 2:00 P.M	Hora final: 4:00 P.M

10	Isabella Marquez Perez	1 104 436 038	25	F.										3228428952.	Isabella Márquez P.
11	Dervan fernando Villera	1.071.356.814	27	M										3045978955	
12	Jeffrey enrique Florez Men.	1.068.416.238	19	M.										3127215928	
13	Juan Camilo Vega	1067837568	29	M										301 976 7766	Juan Vega
14	JUAN ANDRES DORIA BRAVO	1137974583	18	M										320 627 7695	
15	Karen Bravo Molina	1067914360	31	F										3225819170	Karen Bravo.
16	Francisco Guzman	1003727658	23	M										3008987295	Francisco Guzman
17	Adriana Varela A	32581752	50	F										3015522435	Adriana VA.
18	Carla Pineda Blanco	1003027213	30	F										300 3890251	Carla pineda
19	Yerlin Pauba Sur	1007584351	23	F.										3183526693	
20	Liliana ortiz Tano	52456829	45	F										3126062683	Liliana
21	Eusebio Dios	2720352	60	M										3107715626	Eusebio Dios
22	Paula Alarcón Hernandez	1193120582	21	F										3117880694	Paula
23	Sergio Gonzalez	1073985279	33	M										3242089718	Sergio Gler
24	Onalis Acosta A	1040428469.	33	F										3122217316	Onalis Acosta
25	Jairo Sibaja Hernandez	1067912827	30	M										3205524989	Jairo Sibaja
26	Eva Maria Tirado	1003431429	33	F										3106908965	

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Johan Jose Galvan Ortega
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Johan Jose Galvan O. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003047087 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH Ø Sífilis Ø Hepatitis B Ø Hepatitis C Ø

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

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

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

Johan Galvan
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003047087



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 1060043739
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

Liliana Solano Herazo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Liliana Solano Herazo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1040495256. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Liliana Solano Herazo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1040495256.



_____
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
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Juan Pelez Guzman
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Juan Guzman identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1504950 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Juan Pelez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1504950

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
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Marley Maileth Mindida Martinez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marley Mindida identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067961136 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Marley Mindida
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067961136

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

Claudia Jimenez Villalba
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Claudia Jimenez Villalba identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068431900 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 _____
   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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Claudia J
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1008431900



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 1060440437
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

Eduardo Velez castellon
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Eduardo Velez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1010016562 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1010016562

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

Manuel Enrique Hernandez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Manuel E. Hernandez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 820287 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Manuel Hernandez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 820287

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040431
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

Alina Hernández
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Alina Hernández identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1193522279 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 _____
   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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Alina Alba
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1193522279

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

Yorleydis Rodriguez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yorleydis Rodriguez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1001682178 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Yorleydis R.C.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1001682178

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 76040439
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

Yuleth Carolina Lopez C.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yuleth C. Lopez C. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 20.940.499 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Yuleth C. Lopez C.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 20.940.499

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

Paola Pinedo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Paola Pinedo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50929181 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH Ø Sífilis Ø Hepatitis B Ø Hepatitis C Ø

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

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

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

Paola Pinedo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 50929181

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 1060940937
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

Cindy Galvan Ayala
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Cindy Galvan A identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1133795146 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH Ø Sífilis Ø Hepatitis B Ø Hepatitis C Ø

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

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

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

Cindy Galvan A.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1133795146



_____
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
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

SARA PACHECO RAMOS
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, SARA PACHECO R identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067837431 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH Ø Sífilis Ø Hepatitis B Ø Hepatitis C Ø

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

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

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

Sara Pacheco
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067837431

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 1604937
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

JAIME MEZA TIRADO
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, JAIME MEZA T identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067942277 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH Ø Sífilis Ø Hepatitis B Ø Hepatitis C Ø

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

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

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

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067942277

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
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Adriana Carolina Lopez Ayala.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Adriana Lopez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067946222 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 _____
   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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Adriana Lopez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067946222

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 1067946222
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

Katerine Barceno Saez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Katerine Barceno identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003399285 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Katerine Barceno
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003399285

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

Yorledis María Villalba Espino.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yorledis Villalba identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003399285 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Yorledis Villalba
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003399285

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
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Frank xavier Ballesteros Tordecilla-
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Frank Ballesteros identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003190893 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Frank Ballesteros
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003190893



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 7604037
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

Rosa Pueres Marbla
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Rosa Pueres identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003359545 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Rosa Pueres M.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003359545

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

Valery Santana Osorio
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Valery Santana identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007767361 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

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

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

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

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

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 01 días del mes de DIC del año 2023.

Valery Santana
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

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

Maira Vanesa Serpa Pastor
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maira Vanesa Serpa Pastor identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067962371 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 _____
   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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Maira.V.Serpa.P
PACIENTE
C.C. o HUELLA



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

Andres Arturo Arroyo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Andres Arroyo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067961627 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Andres Arroyo
PACIENTE
C.C. o HUELLA



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1076040437
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

Valentina Negrete Pérez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Valentina Negrete identificado(a) con la cédula de ciudadanía número CC 1102875634 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Valentina Negrete
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1102875634



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

DANIEL CAVADIA
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, DANIEL CAVADIA identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067881967 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

DANIEL
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

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

Yair A Sandoval Martinez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yair Sandoval M. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067899607 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 _____
   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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Yair Sandoval
PACIENTE 1067899607
C.C. o HUELLA _____



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

Frank Ballesteros
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Frank Ballesteros identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003190893 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Frank
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003190893

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 76040431
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

César Ferrari
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, César Ferrari identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067892432 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 _____
   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 02 días del mes de DIC del año 2023.

César Ferrari
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067892432

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

Isabella Marquez Paez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Isabella Marquez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1 104 436 038 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Isabella Marquez P
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1 104 436 038



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 1604437
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 Fernando Villera Plaza
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Juan Fernando Villera identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.071.356.814 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.071.356.814

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 7604037
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jeffrey Florez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jeffrey Florez M. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068416238 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Jeffrey Florez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1068416238



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

Juan Camilo Vega Melendez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Juan Camilo Vega identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067837568 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Juan Vega
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067837568

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26940437
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 ANDRES DORIA BARON
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, JUAN ANDRES DORIA BARON identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1 137 974 583 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto ( ) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH Ø Sífilis Ø Hepatitis B Ø Hepatitis C Ø

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

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

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

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1 137 974 583

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

Karen Bravo Martinez.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Karen Bravo. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067914369. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Karen Bravo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067914369

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

Francisco Guzman Agoia
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Francisco Guzman identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003 721 658 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Francisco Guzman
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003721658



_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 1060104[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

Yolima Varela. Rivera.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yolima Varela Rivera. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 32581752 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Yolima V.R.
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 7604037
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

Carla Pineda
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Carla pineda Blanco identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003021213 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 _____
   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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Carla pineda Blanco
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

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

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yeiln Sariego.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yeiln Sariego identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1007587331 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Yeiln Sariego.
PACIENTE
C.C. o HUELLA

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

Juliana Ortega.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Juliana Ortega identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 52456829, manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 _____
   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 02 días del mes de Oct del año 2023.

Juliana O.
PACIENTE
C.C. o HUELLA

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

Eusebio Diaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Eusebio Diaz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 2720352, manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Eusebio Díaz
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 76049437
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

Paula Alarcón
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Paula Alarcón H. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1193120532 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 _____
   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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Paula Alarcón
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1060943737
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

Sergio Antonio Gonzalez Ateortua
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sergio Gonzalez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073985279 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 _____
   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 02 días del mes de DIC del año 2023.

Sergio Gonzalez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1073985279



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 26040737
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

Onalis Morelo.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Onalis Morelo Ardila identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1046428469 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Onalis Morelo Ardila
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1046428469.

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

Jairo Sibaja.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jairo Sibaja identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067912827 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Jairo Sibaja Armanda
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

_____
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

Eva Tirado Roqueme
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Eva Tirado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003431429 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 02 días del mes de Dic del año 2023.

Eva Tirado
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003431429



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA _____
C.C. 7604037
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

Jose David Ramos lozano
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jose David Ramos identificado(a) con la cédula de ciudadanía número TI 1062432540 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3137129636
O mi correo electrónico josedavidramoslozano067@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 01 días del mes de DIC del año 2023.

Jose David Ramos
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062432540

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Claudia Reyes
C.C. 50 936 506

REGISTRO Negativa

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

María José Garcia cogollo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María José Garcia identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.003.721.074 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3122103413
O mi correo electrónico jomacogar23@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 01 días del mes de DIC del año 2023.

María José Garcia
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.003.721.074

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Asesor

C.C.

REGISTRO Negativo

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Deiler Hernandez Ramos
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Deiler Hernandez R. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068476282 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3046320233
O mi correo electrónico Deilerramos@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 07 días del mes de Dic del año 2023.

Deiler Hernández Ramos
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1068476282

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Claudia Ruiz.
C.C. 50936506

REGISTRO Negativo

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jhondry Navarro Soto
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jhondry Navarro Soto identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003401303 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3053765703
   O mi correo electrónico Jhondry1gvi2422@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 07 días del mes de 12 del año 2023.

Jhondry Navarro Soto
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003401303

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Claudina Ruiz
C.C. 50936506

REGISTRO Negativo.

10

ZONA RURAL - CAÑO VIEJO SECTOR 3

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 3

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 04/12/2023

LUGAR: Caño viejo– zona rural - jornada n° 3 sector 3

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

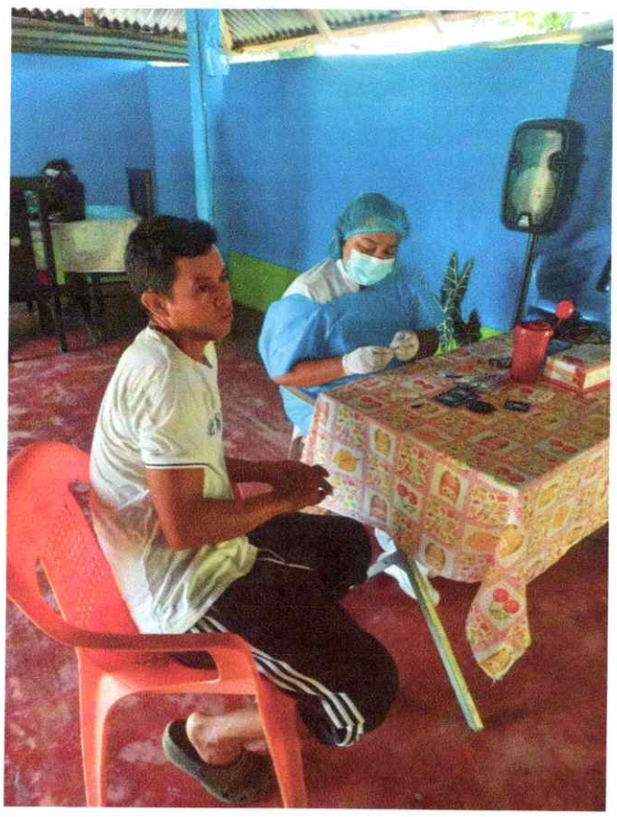
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 04/12/2023

LUGAR: Caño viejo– zona rural - jornada n° 3 sector 3

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 04/12/2023

LUGAR: Caño viejo– zona rural - jornada n° 3 sector 3

POBLACIÒN: Población general



MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

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

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

Ciudad: Montería Cordoba. | Acta N°:

Fecha: 04 12 2023 | Hora inicial: 7:00am. | Hora final: 12:00 M.

Lugar de la actividad: Cañoulejo Sector #10

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: TAMIZAJE ITS | **TEMA:** VIH

DIRIGIDA A: Poblacion General | **RESPONSABLES:** Profesional 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	Rosiris Morales	50895374	66	F	X										3136131779	Rosiris Morales
2	Dora Montes Morales	66787923	35	F	X										3225428943	Dora Montes M.
3	Julio Lugo	7383858	40	M	X										No tiene.	Julio Lugo
4	Ludis Cardenas	34999856	56	F	X										3008274030	Ludis cardenas
5	Tomasa Berty	34910093	82	F	X										3148962523	No Firma.
6	Aida Rivero	34980499	66	F	X										3147858528	Aida Rivero
7	Edinson Betin.	78713874	34	M	X										3117761202	Edinson Betin parra
8	Saray Lopez Moreno	1005410380	24	F	X										3128380828	Saray Lopez Moreno
9	Felipe Petro	15005268	60	M	X										3225008534	Felipe Petro

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 Cordoba.	Acta N°:
Fecha: 04 12 2023	Hora inicial: 7:00 am. / Hora final: 12:00 M.

10	Yenys Arrieta.	50949602.	46	F											3135345325	.Yenis Maria
11	Angel contreras	1067879938.	16	M.											3145583176	.Angel David
12	Rafael cardenas	10920089.	82	M.											3148962523	.Rafael Cardenas
13	Obelina Hernandez	50895815	58	F											3104518595.	Obelina Hernandez
14	Vicente Martinez	6572216	84	M.											3003702253	Vicente Martinez
15	Victor Ramos.	1003100864.	21	M.											3137476187.	.Victor R.
16	Ender cardenas	1067858493	38	M.											3206072920	.Ender Cardenas
17	Amelia Bohorquez	34996002	55	F.											3243646106	xAmelia Bohorquez
18	Maria Donado B	34910170	69	F.											3126229188.	Maria donado
19	Moises Yanez.	1067936272	29	M.											3018317404	.Moises Yanez
20	Federman Hernandez	10789691	48	M.											3135394832	No Firma.
21	Yohelys Yanez.	1067873516	34	F.											3147784020	. Yohelis Yanez
22	Claudeth Moreno	50934053	46	F.											3216585153	Claudeth moreno Pestana
23	Danis Javier Hernandez	1067902651	33	M											3234390723	Danis Hernandez
24	Ferney Tuiran	43840038	41	F											3246174119	Ferney Tuiran
25	Fabio Caro.	7450279.	77	M											3106164899.	
26	Ferney Cardenas	1067887260	32	M.											3011454506	.

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 Cordoba. | Acta N°:

Fecha: 04 12 2023 | Hora inicial: 7:00am | Hora final: 12:00 M.

Lugar de la actividad: Cañuelo Sector #10

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Tamizaje ITS. | TEMA: VIH.

DIRIGIDA A: Poblacion General | RESPONSABLES: Profesional Salud.

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	DOC. IDENTIDAD	EDAD	SEXO	ETNIA			TIPO DE POBLACIÓN							TELÉFONO	FIRMA
					Indigena	Afro	Rom - Gitano	Desplazado	Discapacitado	NNA	Adulto Mayor	Victima	Talla baja	LGBTQ		
1	Alejandra Puesme.	Ven6870138	33	F	X.										3007820900	Alejandra
2	Arnolys Deltoro	50935326	42	F	X.										3248491532	ARNOLIS deToro
3	Yonadys Deltoro P.	50933823	45	F	X.										3218491532	Yonadis
4	YOENIS HERNANDEZ D.	1003050217	22	F	X										3113626865	Yoenis
5	Margarita Deltoro	34910160	54	F	X.										3215527312	Margarita DelToro
6	Tatiana Montes	1064848225	36	F	X										3145583176	Tatiana Montes Morales
7	Jose Garcia Espitia.	1063077926	34	M	X										3246638363	Jose Garcia Espitia.
8	Maria Bentes Arayo	1.062.960.607	23	F				X							3016406551	
9	Jolwelth Cardenas	1067892664	34	F	X										3135119124.	Jolwelth Cardenas

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 Cordoba. | Acta N°:

Fecha: 04 12 2023 | Hora inicial: 7:000m | Hora final: 12:00 M.

10	Levis Yanez.	34910156	58	F.											3108356115.	Levis Yanez
11	Karen Medrano A.	1067864099	35	F.											3145028755.	Karen Medrano Ayala
12	NAVONator Soto	7870804q.	52	M.											3217976786	NAVO SOTO
13	Rufa Yanez.	34910159.	56	F.											3043500492	Rufa Yanez
14	Sharon Hernandez	1018503446	25	F											3223097616	Sharon Hernandez
15	Cherrys Lueth martinez	1003720059.	28.	F											3006829714.	Cherrys Lueth martinez
16	Francisco Gavina.	10776343	43	M.											3218898290.	FRANCISCO GAVINA
17	Miladys Cardenas	25774842.	53	F.											3126048569.	.Miladis Cardenas.
18	Saira Araujo R.	26201392	47	F											3117761202.	Saira Araujo Rivero
19	Eva Betin A.	1062457585	23	F											3042598772	EVA
20	Yaqueiin ochoa	50901714.	50	F.											3103692814.	Yaqueiin Ochoa Manuel
21	Richard Cardenas	10775386	42	M.											3004248148.	Richard Cardenas
22	Luis Martinez	10783694.	41	M.											3145315618	Luis Martinez
23	Johana Petro	1067911381	31	F											3145315618	Johana Petro.
24	Juan Camilo Ochoa	1067939215	28	M											3226798040	Juan Camilo Ochoa Yanez
25	Jose Yanez R.	8325359	87	M.											3109655625.	Jose Yanez
26	Pedro Leon Perez	1002998449	26	M.											3052789468	Pedro Leon Perez

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yiselos Vasquez Florez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, YISELIS PATRICIA identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067909918 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 (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 No tiene
O mi correo electrónico No tiene
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

YISELIS PATRICIA
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escal
C.C. 504 72255
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

Alba Cardenas Hernandez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Alba Cárdenas Hz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50891576 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 (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 3116882602.
   O mi correo electrónico No tiene
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

Alba Cárdenas Hz.
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esca
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

Navonazar Soto Lopez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

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

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

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

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

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3217976786
O mi correo electrónico No tiene.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

NAVO SOTO
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____



DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escel
C.C. 50977255
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

LISSETH ANDREA GONZALEZ
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, LISSETH ANDREA G. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003189605 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

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

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

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

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

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003189605

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escol
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

Caroline Ballesteros Camargo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Caroline Ballesteros identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1065005561 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

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

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

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

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

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

Caroline Ballesteros
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1065005561

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escol
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

Dannys Tirado Vertel
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Danny Tirado Vertel identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50895681 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3024948512
O mi correo electrónico No tiene.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, 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 12 del año 2023.

Dannys Tirado Vertel
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
C.C. 504 92255
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

Eliana Causil Diaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Eliana Causil identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062964868 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3003614023
O mi correo electrónico Eliana Causil Diaz@G-mail.com.
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

Eliana Causil Diaz
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escal
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

Marcela Deltoro Rivero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marcela del toro. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50928765 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3145443855
O mi correo electrónico No tiene
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 02 días del mes de 12 del año 2023.

Marcela del toro.
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
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

Santo Ramirez M
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, santojoseramirez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 78695381 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3105914123
   O mi correo electrónico No tiene
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

santojoseramirez
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esc
C.C. 504 72255
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 Diaz Buelvas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ana Maria Diaz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1033693041 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3106124189.
O mi correo electrónico No tiene
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

Ana Maria Diaz
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdu
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

Wilson Roqueme Sierra.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Wilson Roqueme identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 7318898 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3106424189.
   O mi correo electrónico No tiene
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

Wilson Roqueme
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1079222555
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

Julio Causil Diaz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Julio Causil Diaz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062967541 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3106424189.
   O mi correo electrónico Caus.julio@gmil.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

Julio Causil Diaz
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
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

Julweth Cardenas Bertel
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Julweth cardenas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067892604 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3135119124.
   O mi correo electrónico Cardenasbertel5@Gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 04 días del mes de 12 del año 2025.

Julweth Cárdenas
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdi
C.C. 50972255
REGISTRO