Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Maria Benitez Arayo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maria Benitez Arayo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.062.960.607 - manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3016406551.
   O mi correo electrónico mariafernandabenitezarayo1999@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

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
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Medardo Rosario Ortega
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Medardo Rosario identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 6871237. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3147671409.
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.

Medardo Rosario
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esc
C.C. 1091225
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

Yulissa Alvarez Cardenas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, acepto identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003404384 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3008477441
O mi correo electrónico Yulissaalvarezcardenas989@6mail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

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

Luis Montes Tirado
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Gabriel Montes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1078367373 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

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

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

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

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3122304060
   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.

Luis Gabriel Montes
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esah
C.C. 50772255
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 Díaz Tirado
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Manuel Diaz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067858961 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

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

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

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

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 3243470646
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.

Manuel Diaz
PACIENTE
C.C. o HUELLA

Johanys Tirado
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

Yobany ester Tirado Bertel
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yobany Tirado B. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50.926.063 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3024618512
   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 Yobany Tirado a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

Yobany Tirado B.
PACIENTE
C.C. o HUELLA



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
C.C. 50772255
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

Jacob Solano
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jacob Solano identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062966788 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3044079042.
O mi correo electrónico Jacobsolano435@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 12 del año 2023.

Jacob Solano
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esth
C.C. 50472255
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 Cardenas Vega.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Juan Cardenas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número TI:1066908460 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3235253818
   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.

Juan David cardenas
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esc
C.C. 6047225
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

Valentina Tirado V.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Valentina Tirado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067888617 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3126210746
O mi correo electrónico No tienes
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, 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.

Valentina Tirado.
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esc
C.C. 50972955
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 Doria Pineda.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Samuel Doria identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067890942. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3113788829
   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.

Samuel Doria
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esal
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

Jose Yanez. Rodriguez.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jose yanez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 8325359. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

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

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

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

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 310 616 5625
   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 02 días del mes de 12 del año 2023.

Jose yanez
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esth
C.C. 50972455
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

Arnolys Del Toro Perez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, ARNOLIS DEL TORO identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50935326 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3218491532.
   O mi correo electrónico Arnolys1981perez@gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

ARNOLIS DEL TORO
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escalona
C.C. 50972257
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

Yoemi HERNANDEZ
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yoemi HERNANDEZ identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003050217 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3113626865
O mi correo electrónico YOHEMISMOLENA1100@gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

Yoemi HERNANDEZ
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
C.C. 50772255
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

Luis Martinez Rivero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Duzan identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 10783694 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3145315618
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.

PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
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

Richard Cordenas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Richard Cordenas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 10775386 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3004218148
   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.

Richard Cordenas
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdra
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 Camilo Ochoa Yanez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Juan Camilo Ochoa identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1069939215 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3226798040
O mi correo electrónico Juan.ochoay@correo.Policia.Gov.Co
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

Juan Camilo Ochoa Ruiz
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escala
C.C. 5098255
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

DORA LUZ MONTES MORALES
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, DORA MONTES identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067871923 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3225428943.
   O mi correo electrónico Dora Montes307@Gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

DORA MONTES M.
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

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

Resultados
No reactivo

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jarney Tercero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jarney Tercero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 43846038 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3240178119.
   O mi correo electrónico Vicky.Victoria700@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 04 días del mes de 12 del año 2023.

Jarney Tercero
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Estil
C.C. 50477255
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 Vertel Cardenas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Isaac Vertel identificado(a) con la cédula de ciudadanía número TI 1068422257 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 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.

PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escalona
C.C. 50772755
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

Daniel David Dorado montes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Daniel David Dorado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062439893 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3225428943
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.

Daniel David Dorado montes
PACIENTE
C.C. o HUELLA

Dora Monta M. (Mamá)
TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Estell
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

Jose Domonguez Cardenas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jose Dominguez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 6767926 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3004751639.
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.

Jose Dominguez
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esc
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

Yisacc Soto Yañez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yisacc Soto identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1138025172 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3043500492
   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.

Yisacc Soto
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esell
C.C. 1047207255
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Wendy Almanza.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Wendy Almanza identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003003254 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3052789468
   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.

Wendy Almanza.
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escala
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

Edinson Betin Tarrat
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Edinson Betin Torra identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 7871387Y. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 04 días del mes de 12 del año 2023.

Edinson Betin Torras
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 50977257
REGISTRO

Resultados
No reactivo

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Yaqueline del Carmen Ochoa B
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yaqueline Ochoa B identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1090174 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3103692814
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.

Yaqueline Ochoa B
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Egah
C.C. 50772255
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

Federman Hernandez.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE



En forma libre y voluntaria yo, No Firma. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1078336911 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3135394832.
   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.



PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdr
C.C. 50792255
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

Yohelys Yanez B.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yohelis Yanez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067873516 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3147784020
   O mi correo electrónico yohelys4a@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 Montelibano a los 04 días del mes de 12 del año 2023.

Yohelis Yanez
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Enfermera
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

Jose Felipe Peto Petro
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jose Felipe Peto P. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 15005268 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3225008534
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.

Felipe Peto

PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esneda
C.C. 50973255
REGISTRO

Resultados
no reactivo

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jose Garcia Espitia.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, [signature] identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1063077926 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3246638363
O mi correo electrónico Jodoguese@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 04 días del mes de 12 del año 2023.

[signature]
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA [signature]
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

Jerney Cardenas Yanez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jerney Cardenas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067887260 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3011454506
O mi correo electrónico cardenasyanezjerney@Gmail.com
Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

Jerney Cardenas
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escan
C.C. 50772255
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

Claudeth Moriente.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Claudeth Moriente identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50934053 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3216585153
   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.

Claudeth Moriente.
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

Danis Hernandez.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Danis Javier Hernandez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067902651. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3234390727.
   O mi correo electrónico DJ.Heroquez@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.

D. Danis Hernandez
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escuela
C.C. 909722795
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

Vicente. Martinez.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Vicente Martinez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 6572216 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3003702253
   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.

Vicente Martinez
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esneider
C.C. 5097225
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

Judis Cardenas Bertel
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Judis cardenas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 34999856 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3008274030
   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.

Judis cardenas
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

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

Resultados
Negativo.

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Moises Yanez.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Moises Yanez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067930272 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3018310474.
   O mi correo electrónico Ymoved.gy@Gmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

Moises Yanez
PACIENTE
C.C. o HUELLA _____

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escala
C.C. 504 72205
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

Angel Contreras Montes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Angel contreras identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067879938 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3145583176
   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.

Angel contreras
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escala
C.C. 504722551
REGISTRO

Resultados
No reactivo

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Rafael Cardenas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Rafael Cardenas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 10920 089. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3148962523
   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 2025.

Rafael Cardenas
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

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

Resultados
No reactivo

ZONA RURAL - CAÑO VIEJO SECTOR 4

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 4

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 04/12/2023

LUGAR: Caño viejo– zona rural - jornada n° 4 sector 4

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 04/12/2023

LUGAR: Caño viejo– zona rural - jornada n° 4 sector 4

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 04/12/2023

LUGAR: Caño viejo– zona rural - jornada n° 4 sector 4

POBLACIÒN: Población general



MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

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

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

Ciudad: Montería — Acta N°:

Fecha: 04/12/2023 — Hora inicial: 7:00 a.m — Hora final: 12:00 M

10	WILLIAN DE HOYOS.	1064992678	7	M.												313 607 4674	WILLIAN DE HOYOS.
11	Leidy Lorca Lopez	1064991066	33	F												3122375430	Leidy Lorca.
12	José Bastidas Petro	1235252364	46	M												317 6816882	
13	María Eugenia Muñoz	26203869.		f.												3148149014	
14	Yesica de Hoyos.	1073224988.	27.	f.												3102982578	Yesica. de Hoyos.
15	Diana Tapia Flórez	1067870521	33	F												3117153486	Diana Tapia
16	Yuleidys Polo Elis	1067905428	32	f												3007369066	Yuleidys Polo E
17	SARAY SOLERAS MENDOZA	1003998777	22	F												3105324375	SARAY SOLERAS M.
18	Maria fernanda Cogollo	1193540504	23	f												3223052653	Maria Cogollo
19	Ariel torres Tobias	34996928	55	F												3135795684	
20	Yenifer Ruiz	2570110.	41	F												3147947779	Yenifer Ruiz
21	Dalida Munive Bustos	1064985216	35	F												3023014708	Dalida Munive
22	Eliana maria cogollo	1193084578	24	f												3205585284	Eliana Cogollo.
23	Fran Rodriguez	1.07[illegible]02701	28	m												3137788827	
24	Karina Urzola	1067228331	22	F												310-8962957	KARINA URZOLA
25																		
26																		

MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

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

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

Ciudad: Montería | Acta N°:

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

Lugar de la actividad: Caño Viejo

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	Dairo A Espitia	15648286	42	M.											3104297520	Dairo A Espitia M.
2	José Miguel Espitia	6576652	33	M.											3105046618	José Miguel Espitia
3	ANDREA MARTINEZ	1003394433		F											NO reporta	ANDREA MARTINEZ
4	William Andres Peñaloza Ochoa	1093815209	16	M											3104719953	
5	Santiago Vasquez Guzman	1038251173	15	M											3128481524	
6	Camilo Cogollo Espitia	1.188076780	16	M											3114383248	
7	Sebastian Martinez.	1064987840	16	M.											NO reporta	Sebastian Martinez.
8	Sebastian Cogollo	1067 911763	13	M											301 700 6461	
9	José Antonio Perez	1067882283	45	M											3118602030	José Antonio

MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

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

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

Ciudad: Montería

Acta N°:

Fecha: 04/12/2023

Hora inicial: 2:00 p.m

Hora final: 4:00 p.m

10	maria nisperuza	1062958116.	19	F											3205039338	Maria Nisperuza.
11	Jus Cervantes	1062968982.	14	M											No reporta	Jus Cervantes
12	sebastian peñata	1138083047.	13	M.											3104719953.	Sebastian peñata
13	shark sánchez p	1140832645	16	F											3148028128	Shark
14	carlos peñata	1067944052.	13	M											3226457045.	carlos manuel peñata martinez
15	Maria Ramirez	1066094552.	12	F											3113130140.	Maria alejandra
16	Camila Bastidas	1067979333	12	F											3147731736.	Camila Bastidas
17	luis Ricardo Sanchez	1041695479.	14	M											3148028128	luis SP
18	Manuel Reyes	1.067856702	36	M											3104453541	Manuel Reyes.
19	Jairo Espitia	1067928429	30	M											3217109800	Jairo Espitia
20	Miguel Andres cantero d	1064984746.	18	M.											3145525881	Miguel Andres cantero
21	Isis Liola Cordoba Centro	1073809025	27	F											3142989870	Isis Cordoba Centro
22	Oscar Morales	1.064.987.036	42	M											3142989870	Oscar M.
23	Silvia a vergara E	50908404.	49	f.											7114076799.	Silvia a vergara
24	Kelly Nisperuza	.1062966944	16	f											3205039338	Kelly Nisperuza
25	Lina Nisperuta	1233345229	24	F											3004307315	Lina Nisperuta
26	Santiago Polo	1133798631	14	M											3147068904	Santiago Polo

MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

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

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

Ciudad: Monteria | Acta N°:

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

Lugar de la actividad: Caño Viejo

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	Juan David Arteaga	1068417283	20	M											3113749183	
2	Hernan Martinez	1068416037	20	M											3133234957	Hernan Martinez
3	Jaider petro	1003003765	20	M											3746583939	Jaider
4	Diana Petro	Diana Petro	42	M											3148028128	Diana Petro
5	Ovell Lopez Dumaz	78.748.391	48	M											3112596890	
6	Edwin Ramirez Hernandez	1003396680	26	M											3214904377	Edwin R. H.
7	Deban David Gomez Hernandez	1068417283	25	M											3214904371	Deban Gomez
8	manuel martinez	78.031211.	56.	M											3217720249	manuel martinez
9	Gustavo Perez	1067934863	29	M											3113578126	

Caño viejo

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 David Arteaga
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Juan David Arteaga identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068417283 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3113749783
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 David Arteaga
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1068417283



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escol
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

Hevnan David Martinez Soto
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Hevnan Martinez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068416037 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3133234957
   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.

Hevnan Martinez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1068416037

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
C.C. 50477755
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

Jaider yesid Petro espitia
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jaider Petro identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003003765 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3148028128.
   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 1003003765

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escol
C.C. 1047225094
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

Diana Patro
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Diana Patro identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50 934779 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3148028128.
   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.

Diana Patro
PACIENTE
C.C. o HUELLA 50 934779



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esgh
C.C. 1069 7255
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

Dueth Lopez Dumigo
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dueth Lopez D identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 78.748.391 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3112596890
   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 78.748.391

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escol
C.C. 1047225S
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

Edwin Rafael Ramirez Hernandez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Edwin Ramirez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003396680 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3214904371
   O mi correo electrónico eramirezh01@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.

Edwin Ramirez H.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003396680



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 50472253
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

Duban Daniel Gomez. H.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Duban daniel Gomez H identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073829123 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3214904371
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 1073829123



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
C.C. 5097255
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

Manuel Martínez.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, x manuel martiz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 78.031211. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3217720249.
   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 manuel martiz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 78.031211

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

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

Gustavo Petro Navarro
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Gustavo Petro identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067936863 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3113578126.
   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.

Gustavo Petro
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067936863



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
C.C. 50978255
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

WILLIAN ANDRES DE HOYOS M.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, WILLIAN DE HOYOS. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1064992678. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 313 607 4674.
   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.

WILLIAN DE HOYOS.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1064992678.



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escal
C.C. 50177255
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

leidy luna lopez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, leidy luna l. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067989166 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3122375430
O mi correo electrónico lunaleidy475@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.

leidy luna
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067989166

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esneh
C.C. 1047722555
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Jose Bastidas Petro
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, José Bastidas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1235252364 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (V) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

VIH (V) 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 (V) acepto No acepto ( ) seguimiento por parte del servicio comunitario y/o institución de salud – EPS, para mi acceso a los servicios de saludo sociales.

3. En caso de aceptar el acompañamiento, mi número telefónico de contacto es 312 6816882
O mi correo electrónico Jbastidascap@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.

José Bastidas
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1235252364



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 50977855
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

María Luberia Montes.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Luberia Montes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 26203869. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 02 días del mes de DIC del año 2023.

María Luberia Montes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 26203869



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Ésed
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

Yesica de Hoyos Martinez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yesica de Hoyos identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073827188 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3102982568.
   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 12 del año 23.

Yesica de Hoyos
PACIENTE 1073827188
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA 1060406437

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esteb
C.C. 5647255
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

Yuberlys Polo Elis
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yuberlys Polo Elis identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067905428 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3007369066
   O mi correo electrónico yuberl1809@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.

Yuberlys Polo E
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067905428



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escala
C.C. 50972155
REGISTRO

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

SARAY SOLERAS MENDOZA
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, SARAY SOLERAS M. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003398777 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3105329375
   O mi correo electrónico SARAYSOLERASMENDOZA@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.

SARAY SOLERAS M.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003398777

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Edith
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

Maria fernanda Cogollo P.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maria f. Cogollo P. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.793540504 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3223052653
   O mi correo electrónico mariafernandacogollopuello@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 2 días del mes de Dic del año 2023.

Maria Cogollo. P.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.793540504

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esneider
C.C. 1047225
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

Arlef torres tobias
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Arlef torres tobias identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 34996828 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3135795684
   O mi correo electrónico Mariota312@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.

Arlef torres tobias
PACIENTE
C.C. o HUELLA 34996828

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Eder
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

Yerglis Ruiz
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yerglis Ruiz identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 26207100. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3142847779
O mi correo electrónico yerglisruizramos@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 2023 del año 2023.

Yerglis Ruiz
PACIENTE
C.C. o HUELLA 26207100

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escal
C.C. 50772275
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

Dálida Leticia Munive Bustos
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dálida Munive Bustos identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1064.985.216 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3012564840
   O mi correo electrónico dalylopez345@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.

Dálida Munive Bustos
PACIENTE 1064.985.216
C.C. o HUELLA _____



_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escuela
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

Elianamana cogollo pico.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Elianamana cogollo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1143084578 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3205585284
   O mi correo electrónico elianacogollo2[illegible]@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.

Elianamana cogollo pico
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1143084578

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdra
C.C. 56972155
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

Dairo Espitia.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Dairo A Espitia M identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 15648286 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Dairo A Espitia M
PACIENTE
C.C. o HUELLA 15648286



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esau
C.C. 50972455
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 Miguel Espitia.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

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

VIH (✓) Sífilis (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.

José Miguel Espitia
PACIENTE
C.C. o HUELLA 6576652



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esc
C.C. 1007972255
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

ANDREA MARTINEZ ESPITIA
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, ANDREA MARTINEZ identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003394433 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

ANDREA MARTINEZ
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003394433



_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Excel
C.C. 1064722555
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

William Peñata Vergara
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, William Andres Peñata identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073816299 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3104719953
O mi correo electrónico Peñatavergarawilliamandres@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.

William Andres Peñata
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1073816299

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escha
C.C. 50993255
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

Santiago Vasquez Guzman
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Santiago Vasquez Guzman identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.38025173 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3128481524
   O mi correo electrónico santiagovasquezguzman98@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.

x Santiago Vasquez Guzman
PACIENTE
C.C. o HUELLA x 1.38025173

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

Camilo Cogollo Espitia
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Camilo cogollo Esp. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.138.076.780 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3113803803
   O mi correo electrónico No tengo
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, 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.

Camilo cogollo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.138.076.780

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escha
C.C. 50972255
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

Sebastian Andres Martinez Cuitiva
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sebastian Martinez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1064987840 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Sebastian Martinez
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1064987840



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escel
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

Sebastian cogollo Rodriguez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sebastian cogollo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067 911 763 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3017006461
O mi correo electrónico Sebastiancogollo.123456@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.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067 911 763



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
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

Jose Antonio perez V.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, José Antonio Perez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067882283 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3118602030
   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.

José Antonio Perez Vega
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067882283



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

Maria Nisperuza
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maria Nisperuza identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062958116. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3205039338.
   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.

Maria Nisperuza
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062958116



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esc
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

Luis Cervantes
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, LUIS CERVANTES P. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062968982 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 Cervantes
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062968982



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esneb
C.C. 50473255
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Sebastian Peñata Vergara
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, sebastian Peñata identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1138033047. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3104719953.
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.

Sebastian Peñata V.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1138033047.



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esal
C.C. 504722557
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

Sharik Sánchez Petro.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sharik Sánchez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1140832645 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3148028128
O mi correo electrónico dianapetro056@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.

Sharik
PACIENTE 1140832645
C.C. o HUELLA _____

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esul
C.C. 50472255
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 Manuel Peñata Martinez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, carlos Peñata identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067914052 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3226457045
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.

carlos Peñata
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067914052



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Excel
C.C. 50472255
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

María Alejandra Ramírez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María Ramírez Silva identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1066094552 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3113130140
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.

María Alejandra
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1066094552



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esc
C.C. 50[illegible]2505
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

Camila Bastidas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Camila Bastidas identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067979333 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3147731336
O mi correo electrónico Carlineyu@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.

Camila Bastidas
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067979333



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
C.C. 509 72255
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 Ricardo Sanchez Petro
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis Ricardo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1041695479 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3148028128
   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 1041695479



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

Manuel Antonio Reyes Buelvas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Manuel Reyes identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067856702 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3104453541
   O mi correo electrónico manuelrb123@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.

Manuel Reyes.
PACIENTE 1067856702
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escalh
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

Jaime Luis Espitia de Hoyos
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Jaime Espitia identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067928424 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3217109800.
   O mi correo electrónico Espithoyos@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.

Jaime Espitia
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067928424



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esth
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

Miguel Andres cantero de Hoyos
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Miguel Andres cantero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1064984346 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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.

Miguel Andres cantero
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1064984346.



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

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

Isis Liola Correa Contero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Isis Correa Contero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073809025 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3142989870
   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.

Isis Correa Contero
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1073809025

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escala
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

Edwar David Morales Arcuche
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Edwar Morales identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1.064987036 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3142989870
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.

Edwar Morales
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.064987036

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
Personeria Juridica S0504177 Abril 23 de 2008

Kelly Jhoana Nisperuza Tordesilla
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Kelly Nisperuza identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062966944 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3205039338.
   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.

Kelly Nisperuza
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062966944

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
C.C. 504 72255
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Lina Marcela Nisperuza
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lina Nisperuza T identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1233345229 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3004301315
   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.

Lina Nisperuza
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1233345229

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escal
C.C. 1094722555
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

Santiago Polo Perez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Santiago Polo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1133798031 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3147063904.
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.

Santiago Polo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1133798031

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escud
C.C. 509[illegible]55
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

Elvia maria vergara Espitia.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Elvia maria vergara. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50908404. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3114070799.
   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.

Elvia maria vergara.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 50908404

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esc
C.C. 50972215
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

Obelina Hernandez V.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Obelina Hernandez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50895815 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3104518595.
   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.

Obelina Hernandez
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Edel
C.C. 1064772755
REGISTRO

Resultados
No reactivo

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 Lugo Jimenez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yo Julio Lugo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 7383858 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 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.

Julio Lugo
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C.
REGISTRO

Resultados
Negativo

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Maria Donado B.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, María donado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 34910170 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; y entiendo su contenido, incluyendo las limitaciones, beneficios y riesgos de la misma.
Si acepto (X) No acepto ( ) la realización de prueba rápida

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

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

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

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

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

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

María donado
PACIENTE
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esal
C.C. 509 72255
REGISTRO

ZONA RURAL – COLE PRIMARIA SANTA CLARA

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 5

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 09-12-2023

LUGAR: Colegio primaria Santa Clara – zona rural - jornada 5

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

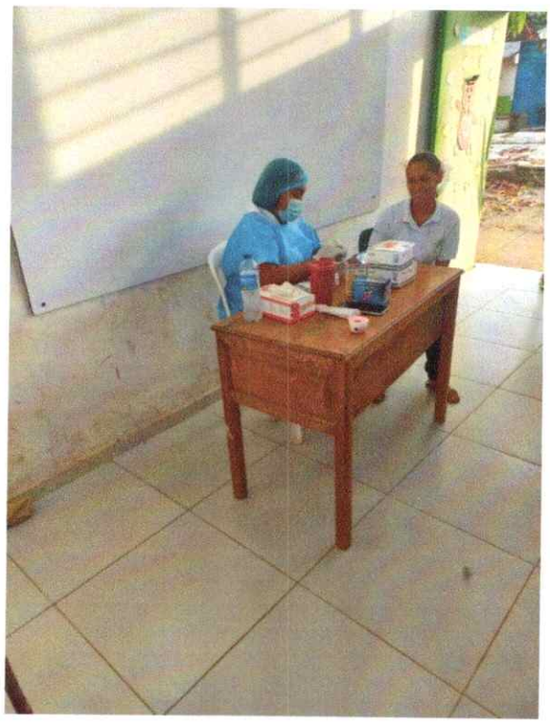
EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 09-12-2023

LUGAR: Colegio primaria Santa Clara – zona rural - jornada 5

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 09-12-2023

LUGAR: Colegio primaria Santa Clara – zona rural - jornada 5

POBLACIÒN: Población general



SECRETARÍA DE SALUD Y SEGU[illegible]AD 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: 09/12/2023 | Hora inicial: 7:00 am | Hora final: 12:00 Pm

Lugar de la actividad: Santa Clara

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	Juan Pablo Salas Madera	1067856982	24	M											3217242667	Juan Salas
2	NEDER VILLALBA	1073810246	01	M											3137996628	NEDER VILLALBA
3	Rosa Almario Fabra	1003718986	29	F											3143536138	Rosa Almario
4	Juan Camilo Soto Rojas	1018231859	18	M											3226187136	
5	Sandiego Lopez M.	34983541	35	F											3112741724	Sandiego Lopez M.
6	HERMES Luna V.	6'889044	50	M.											3215284707.	
7	Alvaro Luna V.	6889118	44	M											3147223347	
8	Valery Hoyos Ruiz	1062490486	15	F											3045625432	
9	Alejandro Coronado	1062444[illegible]	15	M											3772747724	Alejandro Coronado

MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGU[illegible]DAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

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

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

Ciudad: Montería — Acta N°:

Fecha: 09/12/2023 — Hora inicial: 7:00 am — Hora final: 12:00 P.m

10	Leo Doo Arrijo	4946237	43	M												3003251096	.	
11	evelemi Cogollo	1.148437165	47	f												3107328152	.evelemi Cogollo	
12	LEIDIS Paola Pintos	1064 498293	23	f												3122687363	Leidis Pinto Solano	
13	Elen Gonzalez	78706542	48	M												3235310528	Elen Gonzalez	
14	ARTURO Villalba	6893931	50	M												3126137684	ARTURO Villalba	
15	SAMUEL POLO GOMEZ	1067922559	30	M												3007357545	.SAMUEL POLO	
16	Alejandra Peñata	1062975143	15	f												3224440419	Alejandra Peñata	
17	Madelen lobo R.	1.102.121.283	15	f												3108238786	Madelen lobo Rodriguez.	
18	Anderson Suárez	10773176	41	M												3197606772	Anderson Suarez.	
19	Sara Castellanos	1062954799	19	F												3217695661	Sara Castellanos	
20	Marical Montes	1003360169	22	F												3207704435	Marical Montes.	
21	Lucy Stella Ruiz	50922568.	45	F												3003786658.		
22	Leidy Ruiz Luna	25773482	40	F												3016009956.	Leidy Ruiz Luna.	
23	Valeria Villafañe	1140819413	18	F												No reporta	Valeria Villafañe	
24	Julia Mercedes Ordoñez	51620480	50	F												No reporta	Julia Ordoñez	
25																		
26																		

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Sara Castellanos
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sara Castellanos identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062954799 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3217695661
   O mi correo electrónico saradani0426@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 09 días del mes de DIC del año 2023.

Sara Castellanos
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062954799

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
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

PRIMITIVA. BELTRAN CLEMENTE,
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, PRIMITIVA. BELTRAN identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 50910314 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 09 días del mes de Dic del año 2023.

PRIMITIVA. BELTRAN.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 50910314.



_____
TESTIGO
C.C. o HUELLA_____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdi
C.C. 504 72205
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

Lesly Ruiz luna
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lesly Ruiz luna identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 35117487 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3004836583
   O mi correo electrónico leslydayanaRuizluna@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 09 días del mes de DIC del año 2023.

Lesly Ruiz luna
PACIENTE
C.C. o HUELLA 35117487

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdi
C.C. 50922255
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

Sindy paola sibaja P.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Sindy Sibaja identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067886115 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3224026942
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 09 días del mes de Dic del año 2023.

Sindy Sibaja
PACIENTE 1067886115
C.C. o HUELLA _____

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esad
C.C. 1067722255
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

Maricel Montes Solano
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Maricel Montes Solano. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1003 360 169 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3207104433.
   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 09 días del mes de DIC del año 2023.

Maricel Montes.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1003 360 169

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
Personería Jurídica S0504177 Abril 23 de 2008

Lina Vergara
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Lina vergara. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1250375944. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3205184912.
   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 09 días del mes de Dic del año 2023.

Lina Vergara
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1250375944

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esneda
C.C. 50972210
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

Oscar Anzal
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Oscar Anzal identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1192891991 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3116111678
   O mi correo electrónico Anzal luna oscar luis@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 09 días del mes de DIC del año 2023.

Oscar Anzal
PACIENTE 1192891991
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esneda
C.C. 50697255
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

Judith Cospos
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Judith Cospo N identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1073826109 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3218856636
   O mi correo electrónico yipaconeelhotmail.com
   Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes que me sea tomado el examen. Adicionalmente fui notificado(a) que toda información generada del proceso de asesoría, prueba voluntaria y acompañamiento es confidencial, así como mis resultados.
   Igualmente entiendo que si el diagnostico se confirma, el caso será notificado al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica, sin que esto comprometa mi confidencialidad.

Al firmar este formulario reconozco que comprendo perfectamente su contenido.

Firmado en la ciudad de Montería a los 09 días del mes de Dic del año 2023.

Judith Cospo.
PACIENTE
C.C. o HUELLA
Cc. 1073826109

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 50972785
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 Ortega
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Javier Ortega. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 78753128 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3112909062
   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 09 días del mes de DIC del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 78753128



TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esil
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

LUZ ESTEFANY AGUADO TORRES.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luz Estefany Aguado identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067924632. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3137690855
   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 09 días del mes de DIC del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067924632

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escala
C.C. 1067917255
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

Raúl Pedro Flores
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Raúl Ernesto Pedro Flores identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067912580 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3137375290
   O mi correo electrónico raulpedro346@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 09 días del mes de DIC del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067912580

TESTIGO
C.C. o HUELLA

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

Anderson Suárez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Anderson Suárez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 10773176 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3197606772
   O mi correo electrónico andersonbellsm@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 09 días del mes de Dic del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 10.773.176

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
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

Rosana Alarcón Salgado.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Rosana Alarcón S. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 25-801.083. manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 3025141669-3126812746.
O mi correo electrónico rosanaalarconsalgado1983@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 09 días del mes de Dic del año 2023.

Rosana Alarcón Salgado.
PACIENTE 25-801083
C.C. o HUELLA _____

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdr
C.C. 5647755
REGISTRO _____

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

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

Karen Guillen paez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Karen Guillen paez identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1064486128 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3057074597
   O mi correo electrónico karenguillen1107@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 09 días del mes de DIC del año 2023.

Karen Guillen paez
PACIENTE 1064486128
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdra
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

Iver Luis Arrieta Tordecilla
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Iver Arrieta Tordecilla identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062431 310 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 300 260 9471
   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 09 días del mes de DIC del año 2023.

Iver Arrieta Tordecilla
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062431 310

TESTIGO
C.C. o HUELLA _____

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esch
C.C. 1047225
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

Yorleys Ruth Mass.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yorleys Ruth M. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 26201895 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3013854352
O mi correo electrónico yorleys.ruth4@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 09 días del mes de DIC del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 26201895

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Exeh
C.C. 1067972255
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 María Posada Beres
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Angela Posada identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067915564 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3016364736
   O mi correo electrónico Angelitaisis10@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 09 días del mes de Dic del año 2023.

Angela Posada
PACIENTE 1067915564
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escalo
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

Ana Milena Barrera
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Ana M. Barrera identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067848160 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3116803635
   O mi correo electrónico ambarero1.7770@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 09 días del mes de DIC del año 2023.

Ana Milena Barrera
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067848160

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esdra
C.C. 5047255
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

Gavis Daniel Palomo Vargas
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Gavis Daniel Palomo identificado(a) con la cédula de ciudadanía número Vargas 1068427786 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 314 837 7018
   O mi correo electrónico xiomara palomo vargas @ 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 09 días del mes de DIC del año 2023.

Gavis Daniel Palomo
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1.068.427.786



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 1064772255
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 David Barios M.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Luis D. Barios M. identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1005661473 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3135127837
   O mi correo electrónico luisdavidbarios9@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 09 días del mes de Dic del año 2023.

PACIENTE
C.C. o HUELLA 1005661473

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA
C.C. 50977258
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

Katia Milena Postrano Suarez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Katia Postrano identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1067881958 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) 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 310 368 3793
   O mi correo electrónico kpostranosuarez.09@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 09 días del mes de DIC del año 2023.

Katia Milena Postrano
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1067881958



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escalona
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

Marcos A Mendoza B.
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Marcos A Mendoza identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1062966433 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3116803635
   O mi correo electrónico ambarrera.727@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 09 días del mes de Dic del año 2023.

Marcos A. Mendoza B.
PACIENTE
C.C. o HUELLA 1062966433

TESTIGO
C.C. o HUELLA

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

Yefferson Angel Agamez
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Yefferson Angel identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 45151948 manifiesto que:

He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 3006549474.
   O mi correo electrónico mayerangelagamez-0715@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 09 días del mes de DIC del año 2023.

Yefferson Angel
PACIENTE
C.C. o HUELLA 45151948 (Agamez)



TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Escalbl
C.C. 50172755
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

Cesar Anaya Romero
NOMBRE Y APELLIDOS DEL PACIENTE

En forma libre y voluntaria yo, Cesar Anaya Romero identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1068585351 manifiesto que:
He leído o se me ha brindado información sobre el consentimiento informado, que contiene los aspectos relacionados con el propósito y beneficios de la (s) prueba (s), su interpretación, sus limitaciones y su riesgo; 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 322 536 09 53
   O mi correo electrónico personamio@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 09 días del mes de DIC del año 2023.

Cesar Anaya R.
PACIENTE 1068585351
C.C. o HUELLA

TESTIGO
C.C. o HUELLA

DATOS DE QUIEN REALIZA LA PRUEBA Esneda
C.C. 1047755
REGISTRO

ZONA RURAL – COLEGIO SANTA CLARA

REGISTRO FOTOGRÁFICO – PLANILLA – CONSENTIMIENTO INFORMADO

JORNADA 6

Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 09-12-2023

LUGAR: Colegio primaria Santa Clara – zona rural - jornada 6

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 09-12-2023

LUGAR: Colegio primaria Santa Clara – zona rural - jornada 6

POBLACIÒN: Población general





Alcaldía de MONTERÍA
Gobierno de la GENTE

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

ACTIVIDAD: Jornada de salud sexual y reproductiva

FECHA: 09-12-2023

LUGAR: Colegio primaria Santa Clara – zona rural - jornada 6

POBLACIÒN: Población general



MONTERÍA Gobierno de la GENTE

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

REGISTRO DE ASISTENCIA DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS

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

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

Ciudad: Montería | Acta N°:

Fecha: 09/12/2023 | Hora inicial: 7:00 a.m | Hora final: 12:00 P.m

Lugar de la actividad: Santa Clara

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	Laura Vanessa Tarcano Martinez	1067987140	33A	F											3016761057	
2	Bibiana Ortega R.	50900023	51	f											3114298580	
3	Omaira Fuentes	33335907	48	F											3126734630	Omaira Fuentes
4	FERNANDA AVILA	1067877332	36.	F											3012101236	
5	Gustavo Zapa	1064832508	36	M											3116810610	
6	Nidia Pa	1067892540	32	M											316 455 5154	Nidia Pa
7	Ronald Sanchez	1003044150	28	M											3007571944	Ronald Sanchez
8	Jesus Monroy Ramirez	1068585351	31	M											3225360953	
9	Mª TERESA Angel	45157984	48	F											3006749474	Mª TERESA Angel