# ACTIVIDAD 4.5

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo
Secretaría de Desarrollo de la Salud

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
Mejorando para Servir

**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO**
**HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO**

Plan de Salud Pública e Intervenciones Colectivas Departamental

2023 celebrado entre la gobernación de Córdoba y la ESE Hospital Local de Montelíbano, contrato interadministrativo N° SS-320-2023

# DIMENSIÓN
# SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS
Municipio de San José de Ure
18 de noviembre del 2023 hasta 17 de diciembre del 2023

REPUBLICA DE COLOMBIA
DEPARTAMENTO DE CORDOBA
MUNICIPIO DE SAN JOSE DE URÈ
2023

## INTRODUCCIÓN

En la mayor parte de los países del mundo, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas han emergido como campos de atención a tener en cuenta en las políticas y programas de salud. Esto expresaría una preocupación oficial por el bienestar integral del ser humano, al reconocer a la sexualidad y reproducción como dimensiones importantes por ser satisfechas para la realización personal, y también con impactos en el desarrollo económico y social.

Salud sexual y salud reproductiva, siendo elementos tan importantes de salud, de derechos humanos y, en general, de bienestar y de desarrollo social, no siempre tuvieron la relevancia que han alcanzado en la actualidad. Esta trascendencia, más bien, es el resultado de un largo y paulatino proceso de cambio de creencias y paradigmas socioeconómicos y culturales, gestado por diversos movimientos sociales, entre los que destaca el movimiento feminista. Estos, incesantemente cuestionaron la aplicación de políticas sesgadas y coercitivas en torno a la sexualidad y a la reproducción, y refutaron a las doctrinas que se erigieron como su sustento teórico, las cuales buscaban defender intereses económicos y políticos particulares y no el bienestar de la población en general.

La salud sexual y la salud reproductiva están estrechamente relacionadas, pero algunos aspectos cruciales de la primera se pueden pasar por alto cuando se agrupan dentro del ámbito de la salud reproductiva. A fin de concienciar mejor sobre las intervenciones integrales en la esfera de la salud sexual y velar por que tanto la salud sexual como la salud reproductiva reciban toda la atención necesaria en la programación (incluida la prestación de servicios sanitarios) y la investigación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha revisado su definición funcional de salud sexual a fin de establecer un marco para adoptar un enfoque operacional pertinente. El marco, con el que se pretende apoyar a los responsables de la formulación de políticas y la ejecución de programas y fundamentar más sólidamente la investigación y el aprendizaje en materia de salud sexual.

En Colombia se implementa la política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos la cual se concibió como idea, para desarrollar una de las dimensiones prioritarias definida en el Plan Decenal de Salud Pública, por ello tiene como vocación concreta y la preocupación

constante del Ministerio de Salud y Protección Social de velar por la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva de las personas y su entendimiento como medio para que el bienestar físico mental y social sea posible, para los pueblos, grupos y comunidades de este vasto país, sin ningún distingo propiciado en la diferencia o las condiciones de vulnerabilidad en que puedan encontrarse inmersos y donde el enfoque de derechos, género y diferencial sea realmente materializado, a través de la prestación de servicios de calidad, humanizados, dignos y solidarios, por lo que, a través de las intervenciones en los Planes de Intervenciones Colectivas, se accede al cumplimiento de esta política.

EL PIC es un plan de beneficios compuesto por intervenciones de promoción de la salud y gestión del riesgo, las cuales se enmarcan en las estrategias definidas en el Plan Territorial de Salud (PTS), y buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos en el PTS. Comprende un conjunto de intervenciones, procedimientos, actividades e insumos definidos en el anexo técnico de la Resolución 518 de 2015, los cuales se ejecutarán de manera complementaria a otros planes de beneficio.

En el plan de intervenciones colectiva (PIC) se ejecutan actividades tendientes a modificar las condiciones sociales y ambientales con el fin de favorecer positivamente la salud individual y colectiva de las poblaciones, interviniendo los determinantes sociales de la salud a través de la participación significativa y un trabajo intersectorial.

En el presente informe se encuentran descritas las actividades realizadas en la dimensión de derechos sexuales y reproductivos durante la ejecución del PIC departamental en el Municipio de San José de uré – Córdoba.

## JUSTIFICACIÓN

La sexualidad y bienestar sexual del adolescente son componentes integrales de su salud y desarrollo. Todos los seres humanos son intrínsecamente sexuales y el desarrollo sexual evoluciona durante la infancia y la adolescencia, sentando las bases para la salud sexual del adulto. Adaptarse a los cambios sexuales y proteger su salud, incluyendo su salud reproductiva, es uno de los mayores retos de los adolescentes. Normalmente no se ofrece educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara en el hogar, la escuela y la comunidad; por lo tanto, la educación sexual que reciben viene a través de personas muchas veces desinformadas.

Las actividades de salud pública intentan fomentar la salud de la comunidad desde el curso de vida infancia hasta vejez, promoviendo la adopción de estilos de vida sexual y reproductivo saludable, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación audiovisuales, conversatorios, cines, atención en IPS aplicando las rutas establecidas en la nueva resolución 3280 de 2018.

En términos de educación sexual, el asunto clave no es "saber más", sino "saber hacer" y "saber actuar", para mantenerse saludable y manejar de manera competente las necesidades, retos y desafíos en el ejercicio cotidiano de la sexualidad.

La educación en salud sexual y reproductiva con enfoque de Habilidades para la Vida se constituye en una valiosa herramienta para los agentes educativos comunitarios, ya que contribuye al fortalecimiento de sus destrezas y conocimientos para apoyar la tarea conjunta de formar niños, niñas, adolescentes y jóvenes "como sujetos sociales activos de derechos, que se reconocen y relacionan consigo mismos y con las demás personas desde las diferentes cosmovisiones y contextos, que son capaces de vivir una sexualidad libre, saludable y placentera, a la vez que promueven transformaciones sociales y culturales"

## CARACTERIZACIÓN DE LOS CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO

Localizado en el departamento de Córdoba, San José de Uré es un municipio cuya superficie, población, altitud y otra información importante se proporciona a continuación.

Para todos sus procedimientos administrativos, puede dirigirse a la alcaldía municipal de San José de Uré en la dirección y horarios indicados en esta página, o contactar al ayuntamiento por teléfono o por correo electrónico según su preferencia y datos disponibles.



## OBJETIVOS DEL PROYECTO

### OBJETIVO GENERAL

Concienciar a población general, específicamente adolescentes sobre salud sexual, reproductiva, derechos, con el propósito de prevención de vulnerabilidad en lo mencionado, disminución de embarazos a temprana edad, prevención de ETS/ITS, por medio de encuentros educativos y eventos sociales.

### OBJETIVO ESPECIFICOS

Convocar población objeto

Invitación a EAPB que operan en los municipios, los servicios amigables y la Dirección Local de Salud.

Brindar información sobre prevención de embarazo en adolescentes

Realizar encuentros participativos por medio de cine foros sobre mitos y realidades sobre VIH/SIDA

Tamizajes ITS – VIH-SIDA

## ACTIVIDAD 4.5

Realizar una (01) jornada de cuatro (04) horas de duración para sensibilización y tamizaje para la prevención del VIH/SIDA en el marco de la conmemoración del día mundial de la lucha contra el VIH/SIDA. A través de: a. Entrega de material educativo (cartilla) que tenga como mínimo los siguientes contenidos: Que es el VIH?, Población, Formas de transmisión, formas de prevención, b. Colocar un stand en un sitio de alta afluencia de personas en el micro territorio urbano (plaza principal, parque central, entre otros) consistente en una mesa, cuatro sillas, un pendón, c. Identificar a través de encuesta la población con riesgo y realizar tamizaje con prueba rápida de VIH, previa consejería y consentimiento informado, d. Adquirir y suministrar diez (10) preservativos masculinos a cada persona tamizada de acuerdo a lo definido por Resolución 5592 de 2015 y 3280 de 2018. e. Suministrar los insumos requeridos para la

actividad: Consentimiento, encuesta de riesgo, algodón, alcohol, lanceta, guardián, guantes. Con una asistencia mínima de veinte (20) personas de los diferentes cursos de vida (adolescencia, juventud, adultez y vejez). Esta actividad deberá ser desarrollada el día 01 de diciembre de 2023.

## DESCRIPCION METODOLOGICA DE LA ACTIVIDAD 4.5

El objetivo de esta intervención, es llevar a cada usuario, información sin tabúes sobre la prevención del VIH/SIDA, de la cual tiene una particularidad de detectarla rápidamente a través de pruebas rápidas, las cuales en caso de ser positivas se ordenan exámenes complementarios para descartar.

En esta ocasión, se lleva a la zona urbana un tamizaje de ITS, que antes de, se brinda una asesoría, una lluvia de ideas, para escuchar conceptos básicos, posterior se realiza el procedimiento, donde la privacidad del paciente prima al momento de socializar el resultado, entrega de preservativos, entrega de folletos y toma de respectiva evidencia con soportes.

Se puede decir, que se realizó de forma satisfactoria, dentro de los resultados no se presentaron positivos, cabe mencionar que se cumplió con lo establecido en el pliego llegando a cada persona con una información didáctica, clara y concisa.

## CONTENIDO TEMATICO

Las ITS afectan un gran número de personas en el mundo. En la mayoría de los casos las ITS son asintomáticas o se manifiestan con síntomas leves, lo que dificulta su detección. Más allá de su efecto inmediato las ITS pueden tener consecuencias graves, entre ellas la esterilidad o la transmisión de infecciones de la madre al niño. En el caso de la hepatitis B se puede presentar infecciones agudas graves o crónicas que pueden causar cirrosis y cáncer hepático. Adicionalmente, algunas ITS, en especial las que producen úlceras, pueden aumentar el riesgo de contraer el VIH.

El acceso a información de calidad para favorecer **conductas sexuales seguras** es de extrema importancia para la prevención efectiva de las ITS y el

VIH. Entre ellas se destacan: la **educación sexual integral**, **asesoría** antes y después de las pruebas de ITS y VIH, asesoría sobre prácticas sexuales más seguras, **reducción de riesgos** y promoción del uso del condón; y las **intervenciones dirigidas a grupos de población claves**, incluidos los hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero, trabajadores sexuales, población privada de la libertad, jóvenes y mujeres en contextos de vulnerabilidad, habitantes de calle, consumidores de sustancias psicoactivas por vía inyectada, y otras poblaciones priorizadas. El **uso correcto y consistente del** condón masculino o femeninoes uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS. Además, la hepatitis B y el virus del papiloma humano se pueden prevenir con **vacunas**.

Un aspecto fundamental para controlar las ITS es la realización oportuna del **diagnóstico**, que en Colombia se hace principalmente por medio del **abordaje sindrómico**, es decir de acuerdo con los signos o síntomas que puedan estar presentes tales como dolores pélvicos, flujos o secreciones por la uretra, úlceras o ampollas en los genitales o masas en las ingles entre otros, y el **tratamiento adecuado y completo para la persona y sus contactos sexuales**. Las ITS transmitidas por virus no tienen cura (VIH, hepatitis B, herpes, papiloma), pero existen tratamientos que pueden cambiar el curso de la enfermedad.

**Las acciones clave para la prevención, diagnóstico y atención integral de las ITS están incluidas en el POS, a los que tienen derecho todas las personas residentes en Colombia.**

**Prevención de las ITS**

Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los preservativos son uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluida la infección por el VIH. Aunque son muy eficaces, los preservativos no ofrecen protección frente a las ITS que causan úlceras extragenitales (es decir, sífilis o herpes genital). Cuando sea posible, debe utilizarse un preservativo en toda actividad sexual vaginal y anal.

Hay vacunas seguras y muy eficaces para dos ITS víricas: la hepatitis B y la infección por el VPH. Estas vacunas han supuesto importantes avances profilácticos contra estas infecciones. A finales de 2020, la vacuna contra el VPH se había introducido en los programas de vacunación sistemática en 111 países, principalmente de ingresos altos y medianos. Para eliminar el cáncer

de cuello uterino como problema de salud pública a escala mundial, de aquí a 2030 deben alcanzarse los objetivos de alta cobertura en la vacunación contra el VPH, la detección y el tratamiento de las lesiones precancerosas y el tratamiento del cáncer, y mantenerse en ese alto nivel durante decenios.

La investigación para desarrollar vacunas contra el herpes genital y el VIH está avanzada y se están empezando a realizar estudios clínicos con varias vacunas experimentales. Cada vez hay más evidencias que indican que la vacuna para prevenir la meningitis (MenB) confiere protección cruzada contra la gonorrea. Es necesario seguir investigando sobre las vacunas contra la clamidiosis, la gonorrea, la sífilis y la tricomoniasis.

Existen otras intervenciones biomédicas para prevenir algunas ITS, como la circuncisión médica masculina voluntaria, el empleo de microbicidas y el tratamiento de la pareja. Siguen en curso los ensayos para evaluar el beneficio de la profilaxis anterior y posterior a la exposición en relación con las ITS y su potencial inocuidad con respecto a la resistencia a los antimicrobianos (RAM).

**Realización pruebas rápidas para VIH, sífilis y otras ITS**

La detección precoz de las infecciones de transmisión sexual tiene un impacto favorable en la prevención de la transmisión de las mismas. En el caso particular del VIH y la sífilis, el diagnóstico temprano mejora la oportunidad en la intervención y tratamiento de las personas infectadas. Por esta razón, dentro de las estrategias del país para el abordaje y manejo del VIH y la sífilis, está eliminar las barreras de acceso al diagnóstico oportuno mediante la implementación y uso de pruebas rápidas.

Para la implementación y entrenamiento del personal de la salud en la realización de pruebas rápidas, se señalan las siguientes directrices:

**Pruebas rápidas para la detección de sífilis.**

Las pruebas rápidas para la detección de sífilis corresponden a pruebas treponémicas. Por tal motivo, estas pruebas pueden ser usadas dentro de la estrategia de diagnóstico de sífilis, acorde con los algoritmos establecidos y según las características de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS). Así las cosas, cuando una IPS cuente en laboratorio clínico con pruebas no treponémicas (VDRL, RPR) y no disponga de las pruebas treponémicas convencionales, para confirmar el diagnóstico, podrá utilizar como alternativa las pruebas rápidas.

Cuando la IPS *no cuente con laboratorio clínico* y no realice pruebas *No treponémicas*, las pruebas rápidas deben ser usadas como entrada al algoritmo diagnóstico.

Es importante tener en cuenta que las pruebas como TP-PA, TPHA, FTA Abs, siguen siendo ensayos convencionales ampliamente recomendados para la confirmación de la infección por sífilis, por lo cual y pese a la realización de las pruebas rápidas, no se excluye su práctica.

Se deben utilizar reactivos de diagnóstico para pruebas rápidas que cuenten con el respectivo registro sanitario del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) y presenten una sensibilidad y especificidad de al menos el 94%.

Se sugiere el uso de las pruebas rápidas para sífilis evaluadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las cuales deben contar con el registro sanitario del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima).

**Recomendaciones de uso**

Se deben seguir los algoritmos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), adjuntos al presente Anexo Técnico y priorizar su uso en las siguientes circunstancias:

* En sitios que presenten limitaciones técnicas para la realización de pruebas no treponémicas y/o treponémicas convencionales, regiones de difícil acceso, barreras de orden social o económico, donde se torne de difícil acceso para la persona, acercarse a un laboratorio que realice la detección de la infección por sífilis, incluyendo a las gestantes.

* Cuando la persona presente dificultades para regresar por el resultado de una prueba, independientemente de la ubicación geográfica o de las capacidades técnicas del laboratorio.

Se debe tener en cuenta que para el diagnóstico y seguimiento adecuado de la infección por sífilis, es necesario contar con pruebas no treponémicas y treponémicas.

**Pruebas rápidas para el tamizaje de VIH**

El uso de la prueba rápida como prueba presuntiva disminuye el tiempo del diagnóstico de la infección por VIH. La realización de la prueba de tamizaje implica en todos los casos una asesoría pre y posprueba y la firma del respectivo consentimiento informado por parte del solicitante.

Además de contar con el registro del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) vigente, estas pruebas rápidas deben

tener una sensibilidad mayor al 99% y una especificidad superior al 98%. En cualquier caso, es importante recordar que las pruebas rápidas NO deben ser utilizadas para un diagnóstico definitivo de la infecciónу, al igual que las técnicas convencionales de Elisa, deben ser confirmadas de acuerdo con los algoritmos establecidos.

**Recomendaciones de uso**

El uso de las pruebas rápidas para el tamizaje del VIH está referenciado en la Resolución número 3442 de 2006, mediante la cual se adopta la "*Guía para el manejo de VIH/Sida basada en la evidencia*", bajo las siguientes recomendaciones:

Las pruebas de tamizaje para VIH *"incluyen las pruebas serológicas de Elisa y las pruebas rápidas".*

"*Se sustenta el uso de las pruebas rápidas no solo en condiciones en las que el resultado sea requerido con premura, sino también en condiciones en las que la infraestructura de laboratorio sea limitada.".*

La realización de la prueba presuntiva para VIH siempre debe estar precedida de la asesoría; estas pruebas se realizarán básicamente en las siguientes circunstancias:

* En sitios que presenten limitaciones técnicas para el procesamiento de muestras para pruebas convencionales de Elisa.
* Regiones de difícil acceso, barreras de orden social o económico, que impiden que las personas se acerquen a un laboratorio que realice la prueba presuntiva convencional de Elisa, incluyendo a las gestantes.
* Cuando la persona presente dificultades para regresar por el resultado de una prueba convencional, independientemente de la ubicación geográfica o de las capacidades técnicas del laboratorio.
* Personas que hayan presentado exposición de riesgo al VIH y que consulten dentro de las 72 horas después de ocurrido el hecho, sin importar el nivel de complejidad donde se encuentre la persona expuesta.
* Mujeres que se encuentren en cualquier trimestre de gestación y gestantes sin antecedentes de control prenatal que ingresan a una IPS en trabajo de parto o en expulsivo, sin importar el nivel de complejidad donde se encuentre.

Es importante aclarar que las pruebas rápidas de VIH y sífilis no están recomendadas para el tamizaje de donantes de sangre.

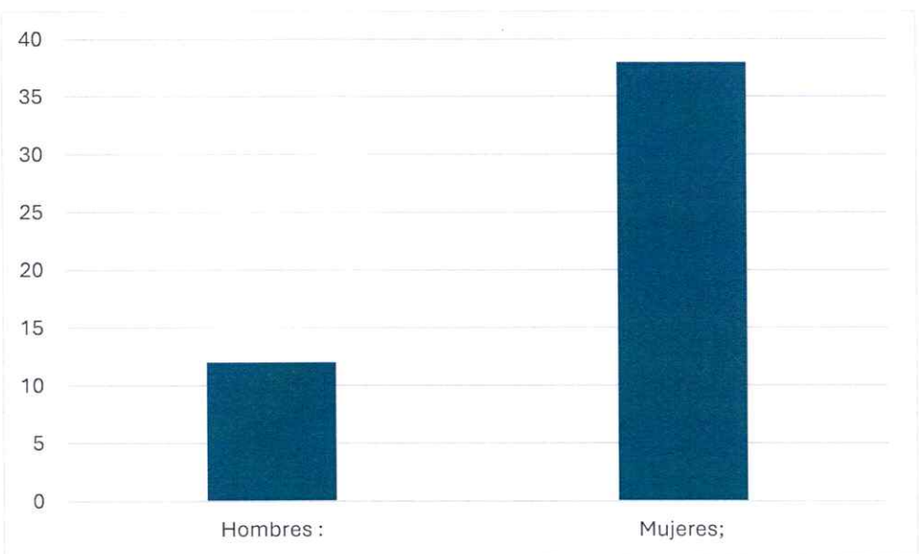
**Entrega de resultados de las pruebas rápidas**

Teniendo en cuenta las características operativas de las pruebas rápidas para sífilis y VIH (tiempo de ejecución y lectura menor a 1 hora), estos resultados deberán ser informados a los usuarios el mismo día de su realización.

La entrega de los resultados reactivos o no reactivos de la prueba del VIH se debe acompañar de la asesoría posprueba. Ante un resultado reactivo de la misma, los profesionales de la salud, incluyendo personal auxiliar de enfermería autorizado mediante la presente resolución, deberá tomar en ese mismo momento una segunda muestra de sangre, la cual será remitida para realizar una segunda prueba presuntiva y para la realización de la prueba confirmatoria en caso de ser necesario.

## CONSOLIDACIÓN DE INFORMACIÓN DE ASISTENTES A LAS ACTIVIDADES

| Evento: tamizaje VIH/SIDA | | |
|---|---|---|
| Participantes Totales: 20 | | |
| Hombres : | Mujeres; | Municipio |
| 7 | 13 | San José de ure |

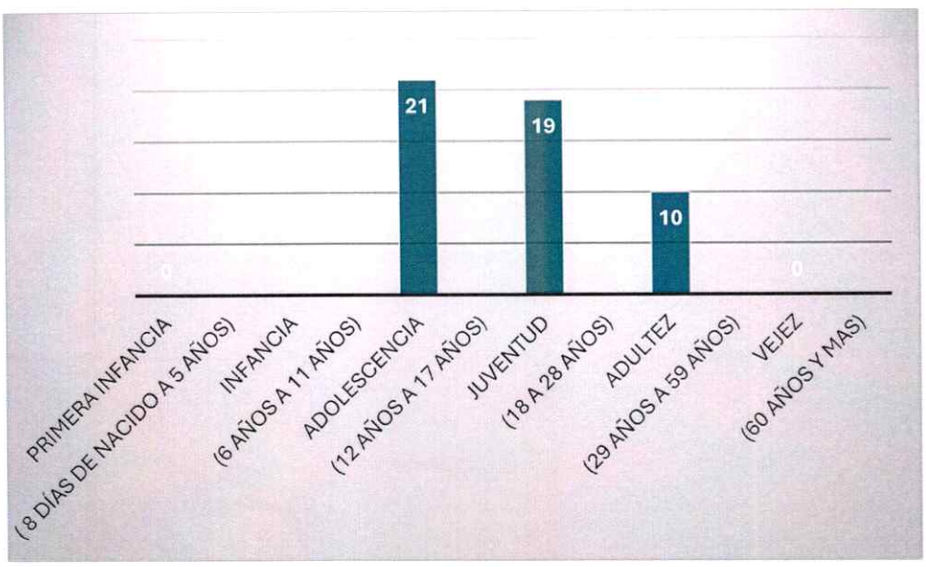



En el desarrollo de la sesión se puede identificar mayor afluencia de sexo femenino en comparación al sexo masculino, esto en ocasiones se debe a apatía.

| AFRODESCENDIENTE | INDIGENA | ROM | DESPLAZADOS | DISCAPACITADOS |
|---|---|---|---|---|
| 0 | **0** | **0** | **0** | **0** |

## CURSO DE VIDA ACTIVIDAD

| CURSO DE VIDA | N° DE ASISTENTES |
|---|---|
| **PRIMERA INFANCIA**<br>**( 8 DÍAS DE NACIDO A 5 AÑOS)** | 0 |
| **INFANCIA**<br>**(6 AÑOS A 11 AÑOS)** | 0 |
| **ADOLESCENCIA**<br>**(12 AÑOS A 17 AÑOS)** | 21 |
| **JUVENTUD**<br>**(18 A 28 AÑOS)** | 19 |
| **ADULTEZ**<br>**(29 AÑOS A 59 AÑOS)** | 10 |
| **VEJEZ**<br>**(60 AÑOS Y MAS)** | 0 |
| **TOTAL** | 50 |




De acuerdo a la resolución 3280 del 2018 se puede determinar mayor presencia de adolescencia seguido de juventud

## EVALUACIÓN DEL PROYECTO

Este proyecto se considera satisfactorio dado que se logró el desarrollo del 100% de las intervenciones planeadas hasta la fecha establecida, cumpliendo lo propuesto para lo comunidad objeto.

## OBJETIVO DE LA SISTEMATIZACIÓN

Identificación de dificultades: reunir a la población objeto durante proceso de política.

Logros: cumplimiento de la actividad y aforo establecido.

## METODOLOGIA

### FUENTES DE INFORMACIÓN

Ministerio de salud y protección social

Resolución 3280 de 2018

OPS/OMS

Módulo de Educación en Salud Sexual y Reproductiva con enfoque de Habilidades para la Vida

Política nacional de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos.

### INSTRUMENTOS TÉCNICOS UTILIZADOS

Registro Fotografías.

Actas (concertación, actividad, reunión, certificación)

Registros de asistencia

## RECOMENDACIONES

- Dar continuidad con los encuentros pedagógicos, donde vaya relacionado con SSR

## CONCLUSIÓN

La salud sexual se orienta al mejoramiento de la vida, al bienestar y al logro de las relaciones personales sana y equitativas. Su fin fundamental es lograr disfrutar de una vida sexual satisfactoria y libre de riesgos, todo esto con respeto de los derechos humanos y sexuales que garanticen el derecho a libertad sexual de hombres y mujeres en las distintas etapas del ciclo de vida, sin que para ello tenga que sufrir discriminación, coacción o violencia.

El acceso a la atención en salud sexual y reproductiva es un derecho de la población, esto sin dejar de lado los servicios de bienestar social, protección, y el desarrollo de redes sociales de solidaridad, justificación y educación los cuales juntos se fortalecen y brindan una atención integral a mujeres y hombres basado en el principio de los derechos humanos fundamental que es "el derecho a la dignidad".

Lo más importante es legitimar los derechos sexuales y reproductivos como parte integral inalienable e indivisible de los derechos humanos y tener la capacidad de identificar vulneraciones de éstos tanto en nuestra vida social, personal, profesional y familiar en la cotidianidad.

Es así, que según estudios de investigación se encuentra que los adolescentes empiezan sus relaciones sexuales desde muy temprana edad entre los 13 y 14 años, sin embargo, el adolescente empieza adquirir los métodos anticonceptivos para una práctica sexual segura y la información adquirida sobre los métodos anticonceptivos se proporciona por los maestros, padres de familia y los medios de comunicación (televisión).

Finalmente, con la aplicación de las actividades de la dimensión, se puede establecer que se orientó la población con el fin de evitar e informar sobre las realidades de este virus y se logra trasmitir a el diferente entorno social (familiares, amigos y grupos de apoyo), como mantener estable su salud ya que les ayuda a mantener un mayor cuidado en la salud, tranquilidad emocional y apoyo económico.

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir*

## EVIDENCIA FOTOGRAFICA

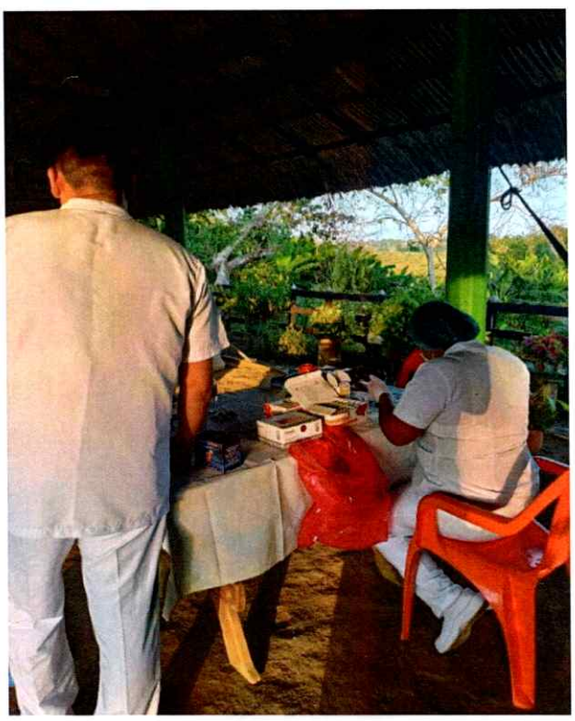
**DIMENSIÒN:** Salud sexual y reproductiva

**ACTIVIDAD:** 4.5 tamizaje

**FECHA:** 02-12-2023 hora 04:00pm

**LUGAR:** Zona urbana villa lulu

**POBLACIÒN INTERVENIDA:** Población general







| Gobernación de Córdoba<br>Ahora le toca al pueblo | FORMATO | VERSIÓN 01 | E S E Hospital Local de Montelibano<br>Mejoramos para Servir |
|---|---|---|---|
| | **CONCERTACIÓN** | FECHA 27-07-2009 | |
| | **PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD** | PAGINA 1 DE 1 | |

**ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES PLAN DE INTERVENCIÓN COLECTIVA 2023**

En el municipio de San José Uré. a los 28 días del mes de 11 del 2023 se reunieron Muna Camila Perez quien se desempeña como Rep. Comunidad. y Angelica Alvarez, en representación de la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO Enfermera con el objetivo de concertar la ejecución de las actividades objeto del convenio interadministrativo N.º 320 del Plan de Intervenciones Colectivas en Salud Publica, 2023.

Para mayor constancia se firma la presente acta por los que en ella intervinieron a los 28 días del mes de 11 del 2023.

Nombre Angelica Alvarez
Cédula 1064982497
Numero de celular 3015407992
Representante de la E.S.E

Nombre Maria Perez
Cédula 1066599469
Numero de celular 3218072311
Funcionario del municipio o entidad

| Gobernación de Córdoba / Secretaría de Desarrollo de la Salud | FORMATO | VERSIÓN: 02 | E S E Hospital Local de Montelíbano |
|---|---|---|---|
| | ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA | FECHA: 15-08-2012 | |
| | PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD | PÁGINA 1 DE 1 | |

## ACTA DE REUNIÓN

| Lugar y fecha: 28/11/2023 | Hora de Inicio: 03:00pm<br>Hora de Finalización: 4:00pm |
|---|---|

### Objetivo(s) de la Reunión

Caracterizar y ejecutar actividad dirigido a población general sobre prevención VIH

### Desarrollo de la Reunión

1. Socialización actividad
2. Programación
3. Coordinación del evento
4. Convocar objeto
5. Ejecución
6. Tomalización Satisfacción

### Responsables de la Actividad

Angelica Alvarez

| Gobernación de Córdoba — Ahora le toca al pueblo | FORMATO | VERSIÓN 01 | E S E Hospital Local de Montelibano — Mejoramos para Servir! |
|---|---|---|---|
| | **INVITACION** | FECHA 27-07-2009 | |
| | **PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD** | PAGINA 1 DE 1 | |

**Señor (a):** Mara Perez

**ASUNTO:** Invitación.

Cordial saludo

E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELBANO la/o estamos invitando a población general para intervención educativa y diagnostica sobre VIH.

Con el objetivo de dar cumplimiento al convenio interadministrativo 2023, celebrado N° 300 entre la gobernación de Córdoba y la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO vigencia 2023. Por tal motivo le extendemos la invitación a su comunidad a la actividad en mención, que se realizará el:

Día: San José osé
Lugar: 02/12/2024
Hora: 4pm.

Esperamos su asistencia

Cordialmente,

Angelica Alvarez
**Profesional responsable de la actividad**
CC. 1064282 997

Mara Perez
**Representante de la comunidad**
CC 1066529 469

E S E Hospital Local de Montelibano
Mejoramos para Servir

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRTIVO N°

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

**DIMENSIÓN:** Salud sexual y reproductiva

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** prevencion ITT

| DIA: | 02 | MES: | 12 | AÑO: | 2023 | UBICACIÓN: | San Jose De Ure | ZONA: | Urbano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | EDAD | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | TELÉFONO | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | No. Identificación | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | | SI | NO | |
| 1 | Laura Milena Vergara Yama | T.I | 1066603890 | 16 | F | | | | | X | | | | X | | | | X | | | 3145395969 | | | Laura Vergara |
| 2 | Yenis Adriana Bolivar Pereira | T.I | 1063288821 | 16 | F | | | X | | | | | | X | | | | X | | | 3216943254 | | | Yenis Bolivar. |
| 3 | Karol Yesid Romero Fuentes | T.I | 1063240204 | 15 | M | | | | | | | | | X | | | | | | | 3132577604 | | | Karol Romero |
| 4 | Leider Sosa Perez | C.C | 1063362859 | 19 | M | | | | | | | | | X | | | | X | | | 3235072481 | | | |
| 5 | Daito Sochez Moncada | T.I | 1066602720 | 16 | M | | | | | | | | | X | | | | X | | | 3108212523 | | | |
| 6 | Mauricio Martinez | T.I | 1066604207 | 15 | M | | | | | | | | | X | | | | X | | | 3147393096 | | | |
| 7 | DANIER MARCELO. M. | T.I | 1063288222 | 16 | M | | | X | | | | | | X | | | | X | | | 3105429052 | | | |
| 8 | Santiago Marcelo N | C.C | 1298056?9 | 19 | M | | | X | | | | | | X | | | | X | | | 3207309373 | | | |
| 9 | Michel Fuentes Reyes | T.I | 1066602820 | 16 | F | | | X | | | | | | X | | | | X | | | 3114035657 | | | |
| 10 | Maria camila perez | C.C | 1066599469 | 19 | F | | | | | | | | | X | | | | X | | | 3218092377 | | | Camila |

E S E Hospital Local de Montelíbano
*Mejoramos para Servir!*

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C

Gobernación de Córdoba — Ahora le toca al pueblo | Secretaría de Desarrollo de la Salud

| NOMBRES | LAURA VERGARA GOMEZ | DOCUMENTO | 1066003890 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: Laura Vergara — Documento: 1066003890

Firma del testigo: _____ — Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez — Documento: 1064982497

Fecha: 02-12-2023

| E S E Hospital Local de Montelíbano<br>*Mejoramos para Servir!* | **CONSENTIMIENTO INFORMADO**<br>Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C | Gobernación de Córdoba<br>Ahora le toca al pueblo<br>Secretaría de Desarrollo de la Salud |
|---|---|---|

| NOMBRES | YENIS BOLIVAR PEREIRA | DOCUMENTO | 1063288821 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: Yenis Bolivar Documento: 1063288821

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982497

Fecha: 02-12-2023

E S E Hospital Local de Montelíbano
*Mejoramos para Servir!*

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

| NOMBRES | KAROL YESID ROMERO | DOCUMENTO | 1063240204 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: KAROL ROMERO Documento: 1063240204

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982447

Fecha: 02-12-2023

E S E Hospital Local de Montelíbano
*Mejoramos para Servir!*

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

| NOMBRES | LEINER SOEZ PEREZ | DOCUMENTO | 1063362854 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: _____ Documento: 1063362854

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982417

Fecha: 02-12/2023

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejoramos para Servir!*

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C

Gobernación de Córdoba — Ahora le toca al pueblo | Secretaría de Desarrollo de la Salud

| NOMBRES | DAIRO SUAREZ MONCADA | DOCUMENTO | 1066602720 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: _____ Documento: 1066602720

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1061982447

Fecha: 02/12/2023

E S E Hospital Local de Montelíbano
*Mejoramos para Servir!*

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

| NOMBRES | Mauricio Martinez | DOCUMENTO | 1066604207 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: _____ Documento: 1066604207

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982447

Fecha: 02-12-2023

E S E Hospital Local de Montelíbano
*Mejoramos para Servir!*

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

| NOMBRES | DANIEL MARCELO M | DOCUMENTO | 1063288222 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: _____ Documento: 1063288222

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982417

Fecha: 02-12-2023

E S E Hospital Local de Montelíbano
*Mejoramos para Servir!*

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

| NOMBRES | SANTIAGO MARCELO | DOCUMENTO | 1298056 79 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: _____ Documento: 1298056 79

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064952467

Fecha: 02-12-2023

| E S E Hospital Local de Montelíbano<br>*Mejoramos para Servir!* | **CONSENTIMIENTO INFORMADO**<br>Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C | Gobernación de Córdoba<br>Ahora le toca al pueblo<br>Secretaría de Desarrollo de la Salud |
|---|---|---|

| NOMBRES | MICHEL FUENTES REYES | DOCUMENTO | 1066028220 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: _____ Documento: 1066028220

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982497

Fecha: 02-12-2023

| E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!* | **CONSENTIMIENTO INFORMADO** | Gobernación de Córdoba *Ahora le toca al pueblo* — Secretaría de Desarrollo de la Salud |
|---|---|---|
| | Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C | |

| NOMBRES | MARIA CAMILA PEREZ | DOCUMENTO | 1066594469 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: Camilee Documento: 1066594469

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982497

Fecha: 02-12-2023

E S E Hospital Local de Montelibano
Mejoramos para Servir!

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRTIVO N°

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

**DIMENSIÓN:** Salud Sexual y reproductiva

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** prevencion VIH

| DIA: | 02 | MES: | 12 | AÑO: | 2023 | UBICACIÓN: | San José de uré | ZONA: | Urbana. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | EDAD | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | TELÉFONO | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | No. Identificación | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | | SI | NO | |
| 1 | Diana Isabel Marcelo Andica | T.I | 1063288779 | 15 | F | | | X | | | | | | X | | | | X | | | 3148969504 | | | Diana Marcelo |
| 2 | Yennis Vanessa Soto Ural | T.I | 1038710624 | 15 | F | | | | | | | | | | | X | | X | | | 3182629426 | | | Yennis Soto. |
| 3 | Shaira Alejandra Gomez | T.I | 1066603956 | 16 | F | | | X | | | | | | X | | | | X | | | 3135947890 | | | Shaira |
| 4 | Gina Vergara | T.I | 1063286938 | 16 | F | | | | | | | | | X | | | | X | | | 3176161376 | | | Gina Vergara |
| 5 | Juliana Bolivar Ibañez. | T.I | 1063288787 | 15 | F | | | | | | | | | X | | | | X | | | 3022557325 | | | Juliana |
| 6 | Linda Sofia Saent Regino. | T.I | 1063285827 | 15 | F | | | X | | | | | | X | | | | X | | | 3242565942 | | | Sofia Saent |
| 7 | Luisa Salgado | T.I | 1063283074 | 16 | F | | | X | | | | | | X | | | | X | | | 3154571971 | | | Luisa Salgado. |
| 8 | Alejandra Pereira Vergara | T.I | 1063.604942 | 16 | F | | | X | | | | | | X | | | | X | | | 3215602747 | | | Alejandra. |
| 9 | Danelis Otero Gil | T.I | 1066604572 | 15 | F | | | X | | | | | | X | | | | X | | | 3207662965 | | | Danelis |
| 10 | Levinton Pereira Bello | T.I | 1066602121 | 17 | M | | | X | | | | | | X | | | | X | | | No reporta | | | |

| E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!* | **CONSENTIMIENTO INFORMADO**<br>Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C | Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo \| Secretaría de Desarrollo de la Salud |
|---|---|---|

| NOMBRES | Danelis Otero | DOCUMENTO | |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: Danelis Documento: 1066604572

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982497

Fecha: 02/12/23

| E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!* | **CONSENTIMIENTO INFORMADO**<br>Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C | Gobernación de Córdoba *Ahora le toca al pueblo* \| Secretaría de Desarrollo de la Salud |
|---|---|---|

| NOMBRES | alejandra Pereira | DOCUMENTO | 1063 604942 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: Alejandra Documento: 1063 604942

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982497

Fecha: 02/12/23

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejoramos para Servir!*

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

| NOMBRES | Luisa Salgado. | DOCUMENTO | 1063283074. |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: Luz Salgado. Documento: 1063283074

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982497

Fecha: 02/12/23

| E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!* | **CONSENTIMIENTO INFORMADO**<br>Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C | Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo \| Secretaría de Desarrollo de la Salud |
|---|---|---|

| NOMBRES | Linda Suarez | DOCUMENTO | 1063285827 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: Sofia Suarez Documento: 1063 285827.

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982497.

Fecha: 02/12/23

| E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!* | **CONSENTIMIENTO INFORMADO**<br>Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C | Gobernación de Córdoba *Ahora le toca al pueblo* \| Secretaría de Desarrollo de la Salud |
|---|---|---|

| NOMBRES | Juliana Bolivar. | DOCUMENTO | 1063288187. |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: Juliana. Documento: 1063288187

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982497

Fecha: 02/12/23

E S E Hospital Local de Montelíbano
*Mejoramos para Servir!*

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

| NOMBRES | Lina Vergara. | DOCUMENTO | 1063 286938. |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: Lina Vergara Documento: 1063286938

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982497

Fecha: 02/12/23

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejoramos para Servir!*

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

Secretaría de Desarrollo de la Salud

| NOMBRES | Diana Marcela Andrade | DOCUMENTO | 1063 288 719 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

## DECLARACIONES Y FIRMAS

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: Diana Marcela — Documento: 1063 288 719.

Firma del testigo: _____ — Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez — Documento: 1064 982497

Fecha: 02/12/25

| E S E Hospital Local de Montelíbano<br>*Mejoramos para Servir!* | **CONSENTIMIENTO INFORMADO**<br>Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C | Gobernación de Córdoba<br>Ahora le toca al pueblo<br>Secretaría de Desarrollo de la Salud |
|---|---|---|

| NOMBRES | Yennis Soto | DOCUMENTO | 1038110624 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: Yennis Soto. Documento: 1038110624

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982999.

Fecha: 06/12/23

| E S E Hospital Local de Montelíbano *Mejoramos para Servir!* | **CONSENTIMIENTO INFORMADO**<br>Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C | Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo \| Secretaría de Desarrollo de la Salud |
|---|---|---|

| NOMBRES | Shaira Gomez. | DOCUMENTO | 1066603956. |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.

Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: Shaira Documento: 1066603956.

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064982497

Fecha: 02/12/23

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejoramos para Servir!*

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)- sífilis – hepatitis B- hepatitis C

Gobernación de Córdoba — Ahora le toca al pueblo | Secretaría de Desarrollo de la Salud

| NOMBRES | Jevinta Pereira | DOCUMENTO | 1066 01/21 |
|---|---|---|---|

Por medio del presente documento, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre mi consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C.

**DECLARACIONES Y FIRMAS**

Me han explicado y he comprendido satisfactoriamente la naturaleza y propósito de este procedimiento. También me han aclarado todas las dudas y me han informado los riesgos posibles. Doy mi consentimiento para que me efectúen lo descrito arriba, y los procedimientos complementarios que sean necesarios o convenientes durante la realización de este, a juicio de los profesionales que lo lleven a cabo.
Mediante el presente documento certifico con mi firma que se me ha suministrado información en forma personal por el equipo de salud con respecto a los riesgos del procedimiento y que el contenido de este consentimiento ha sido leído y entendido por mí en su integridad y según su compromiso, también recibiré una asesoría post prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

Firma del paciente: _____ Documento: 1066 02/21

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: Angelica Alvarez Documento: 1064932497

Fecha: 02/12/23

E S E Hospital Local de Montelibano
*Mejoramos para Servirte*

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRTIVO N°

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

**DIMENSIÓN:** Salud Sexual y Reproductiva.

**NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:** Entrega de preservativos

| DIA: | 02 | MES: | 12 | AÑO: | 2023 | UBICACIÓN: | San José de Uré | ZONA: | Urbano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | EDAD | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | TELÉFONO | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | No. Identificación | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | | SI | NO | |
| 1 | Laura Melena Vergara | TI | 1066603890 | 16 | F | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | 3145345965 | | | Laura Vergara |
| 2 | Yenis Adriana Bolivar P. | TI | 1063288821 | 16 | F | | | X | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | 3216943254 | | | Yenis Bolivar |
| 3 | Karol Yesid Romero F. | TI | 1063290201 | 15 | M | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | 3132517604 | | | Karol Romero |
| 4 | Carlos Suaz Perez | CC | 1063362805 | 19 | M | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | 3235072481 | | | |
| 5 | Dairo Suarez Moncada | TI | 1066602720 | 16 | M | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | 3108242523 | | | |
| 6 | Marcos Martinez | TI | 1066604207 | 15 | M | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | 3147393096 | | | |
| 7 | Daniel Marcelo M | TI | 1063289222 | 13 | M | | | X | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | 3054290S2 | | | |
| 8 | Santiago Marcelo N | CC | 1298056774 | 19 | M | | | X | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | 3207309313 | | | |
| 9 | Michel Fuente Reyes | TI | 1066602720 | 16 | F | | | X | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | 3114035657 | | | |
| 10 | Maria Camila Reyes | CC | 1066599467 | 17 | F | | | | | | | | | ✓ | | | | ✓ | | | 3218092311 | | | Camila R. |

E S E Hospital Local de Montelíbano
*Mejoramos para Servir!*

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRTIVO N°

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

DIMENSIÓN: Salud Sexual y Reproductiva

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Entrega de preservativos

| DIA: | 02 | MES: | 12 | AÑO: | 2023 | UBICACIÓN: | San José de Uré | ZONA: | urbano |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| No. | NOMBRES Y APELLIDOS | IDENTIFICACIÓN | | EDAD | GENERO | TIPO DE POBLACIÓN | | | | | | | | SGSSS | | | LABORA | | | | TELÉFONO | MATERIAL DE APOYO | | FIRMA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | TIPO | No. Identificación | | | GESTANTE | NARP | INDÍGENA | ROM | DISCAPCIDAD | VÍCTIMA | MIGRANTE | POBLACIÓN GENERAL | SUBSIDIADO | CONTRIBUTIVO | OTRO | SI | NO | FORMAL | INFORMAL | | SI | NO | |
| 1 | Diana Marcela Andica | TI | 1063288719 | 15 | F | | | x | | | | | | x | | | | x | | | 3148969504 | | | Diana Marcela |
| 2 | yennis Soto Vidal | TI | 1038110624 | 15 | F | | | | | | | | | x | | | | x | | | 318 2262926 | | | Yennis Soto |
| 3 | Shaira Alejandra Gomez | TI | 1066603456 | 16 | F | | | x | | | | | | x | | | | x | | | 3135943890 | | | Shaira |
| 4 | Luna Vergara | TI | 1063286938 | 16 | F | | | | | | | | | x | | | | x | | | 311616 1376 | | | Luna Vergara |
| 5 | Juliana Bolivar Ibañez | TI | 1063288167 | 15 | F | | | | | | | | | x | | | | x | | | 3022557325 | | | Juliana |
| 6 | Linda Sofia Sierra Reyno | TI | 1063285827 | 15 | F | | | x | | | | | | x | | | | x | | | 3242555942 | | | Sofia Sierra |
| 7 | Luisa Salgado | TI | 1063 283074 | 16 | F | | | x | | | | | | x | | | | x | | | 3545571991 | | | Luisa Salgado |
| 8 | alejandra Pereira V. | TI | 1063 604942 | 16 | F | | | x | | | | | | x | | | | x | | | 3215602744 | | | Alejandra |
| 9 | Danelis Otero Gil | TI | 1066604572 | 15 | F | | | x | | | | | | x | | | | x | | | 3207662965 | | | Danelis |
| 10 | Fernando Pereira Bello. | TI | 1066021121 | 17 | M | | | x | | | | | | x | | | | x | | | no reporta | | | ~~Fernando~~ |

| Gobernación de Córdoba<br>Ahora le toca al pueblo | FORMATO<br>**CERTIFICACION** | VERSIÓN 01<br>FECHA 27-07-2009 | E S E Hospital Local de Montelíbano<br>*Mejoramos para Servir!* |
|---|---|---|---|
| | **PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD** | PAGINA 1 DE 1 | |

## CERTIFICACIÓN

### A QUIEN INTERESE

Yo, Mara Perez,
identificado con la Cedula de Ciudadanía N.º 1066599469, en Representación del Comunidad., certifico que la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO realizó: intervencion educativa y dirigida a la poblacion en general se forma satisfactoria.

Durante la actividad se garantizó la entrega de refrigerio saludable e insumos para las dinámicas. SI ☐ NO ☐

Para constancia se firma en San Jose cse a los 02 días del mes de 12 del 2023.

**NOMBRE Y APELLIDOS** Mara Perez

**FIRMA** Mara Peres

**CELULAR** 3218023111

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
Mejorando para Servir

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI X NO_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 1

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE X NUNCA_____ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO X

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI X NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI_X_ NO_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** _1_

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE_X_ NUNCA_____ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO_X_

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI_X_ NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI__N__ NO_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** ___1___

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE__X__ NUNCA_____ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO__X__

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI__X__ NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI X NO_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 1

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE_____ NUNCA_____ OCASIONALMENTE X

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI X NO_____

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI_____ NO X

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
Alcanzamos para Servirte

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

# ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI____ NO X

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 1

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE_____ NUNCA_____ OCASIONALMENTE X

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO X

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI_____ NO X

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir!*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI____ NO__X__

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** ___1___

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE_____ NUNCA_____ OCASIONALMENTE__X__

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO__X__

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI_____ NO__X__

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI X NO_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 1

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE_____ NUNCA_____ OCASIONALMENTE X

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI X NO_____

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI X NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir!*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI X NO_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 1

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE_____ NUNCA_____ OCASIONALMENTE X

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI X NO_____

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI X NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI X NO_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 1

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE_____ NUNCA_____ OCASIONALMENTE X

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI X NO_____

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI X NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir!*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI X NO_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 1

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE_____ NUNCA_____ OCASIONALMENTE X

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI X NO_____

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI X NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
Mejorando para Servir

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI X NO_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 1

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE X NUNCA_____ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO X

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI X NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir!*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI____ NO__N__

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** ___0___

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE_____ NUNCA__N__ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO__N__

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI_____ NO__X__

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI X NO_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 1

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE X NUNCA_____ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO X

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI_____ NO X

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
Mejorando para Servir

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI X NO_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 1

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE_____ NUNCA X OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI X NO_____

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI X NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir!*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI____ NO X____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 0_____

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE X____ NUNCA_____ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO X_____

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI_____ NO X_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
Mejorando para Servir

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI____ NO__X__

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** ___0___

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE__X__ NUNCA_____ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO__X__

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI__X__ NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
Mejorando para Servir

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI____ NO__X__

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** ___1___

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE_____ NUNCA__X__ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI__X__ NO_____

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI__X__ NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI____ NO__X__

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** ___1___

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE__X__ NUNCA_____ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO__X__

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI__X__ NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI X NO_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 1

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE X NUNCA_____ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO X

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI X NO_____

FIRMA:
(OPCIONAL)

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
*Mejorando para Servir!*

Gobernación de Córdoba
Ahora le toca al pueblo

## ENCUESTA DE RIESGO

(VIH-SIFILIS-HEPATITIS B-HEPATITIS C)

1. **¿ERES SEXUALMENTE ACTIVO?**
   SI____ NO__X__

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** __1__

3. **¿USAS PRESERVATIVO DURANTE EL ACTO SEXUAL?**

   SIEMPRE_____ NUNCA__X__ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI_____ NO__X__

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI_____ NO__X__

FIRMA:
(OPCIONAL)

GRUPO POBLACIONAL TAMIZADO (PIC 2023) MICROTERRITORIO URBANO

| Datos Personales | | | | | | | | prueba rapida hepatitis B | | | | | Prueba Rapida Sífilis | | | | | Prueba Rapida VIH | | | | | Prueba Rapida Hepatitis C | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo de identificación | Número de identificación del usuario | Primer apellido del usuario | Segundo apellido del usuario | Primer nombre del usuario | Segundo nombre del usuario | Edad | Sexo | GRUPO POBLACIONAL TAMIZADO ( PIC 2023) | Resultado hepatitis B | Lote | Laboratorio | Fecha Vencimiento | Fecha prueba sifilis | Resultado de prueba tamizaje para sifilis | Lote | Laboratorio | Fecha Vencimiento | Fecha prueba para VIH | Resultado de prueba para VIH | Lote | Laboratorio | Fecha Vencimiento | Fecha de toma de tamizaje hepatitis C | Resultado de tamizaje para hepatitis C | Lote | Laboratorio | Fecha Vencimiento |
| TI | 1066603890 | VERGARA | | LAURA | MILENA | 16 | F | 2/12/2023 | NATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1063288821 | BOLIVAR | | YENIS | ADRIANA | 16 | F | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 10652900201 | ROMERO | | KAROL | YESID | 15 | M | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| CC | 10653622859 | SUAREZ | PEREZ | LEIDER | | 19 | M | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1066602720 | SUAREZ | MERCADO | DARIO | | 16 | M | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1066604287 | MARTINEZ | | MAURICIO | | 13 | M | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1063288222 | MARCELO | | DANIER | | 13 | M | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| CC | 129805679 | MARCELO | | SANTIAGO | | 19 | M | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1066602820 | FUENTE | REYES | MICHEL | | 16 | F | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| CC | 1066599469 | PEREZ | | MARIA | CAMILA | 49 | F | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1063288719 | ANDICO | | DIANA | MARCELO | 15 | F | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1038110624 | SOTO | VIDAL | YENNIS | | 15 | F | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1066603956 | GOMEZ | | SHAIRA | ALEJANDRA | 16 | F | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1063286938 | VERGARA | | LINA | | 16 | F | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1063288167 | BOLIVAR | IBAÑEZ | JULIANA | | 15 | F | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1063285827 | SAENZ | REGINO | LINDA | SOFIA | 15 | F | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1063283074 | SALGADO | | LUISA | | 16 | F | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1063604942 | PEREZ | | ALEJANDRA | | 16 | F | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1066604572 | OTERO | GIL | DANELIS | | 15 | F | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |
| TI | 1066602121 | PEREZ | BELLO | LENNLON | | 17 | M | 2/12/2023 | NEGATIVO | 01ADH002A | ABBOTT | 2024-04-17 | 2/12/2023 | NO REACTIVO | SYP20232010 | ABBOTT | 2024-11-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | F1229S12E03 | BIOTECH | 2024-01-01 | 2/12/2023 | NEGATIVO | HCV2209182 | BIOTECH | 4/08/2024 |