ACTIVIDAD 4.6

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.

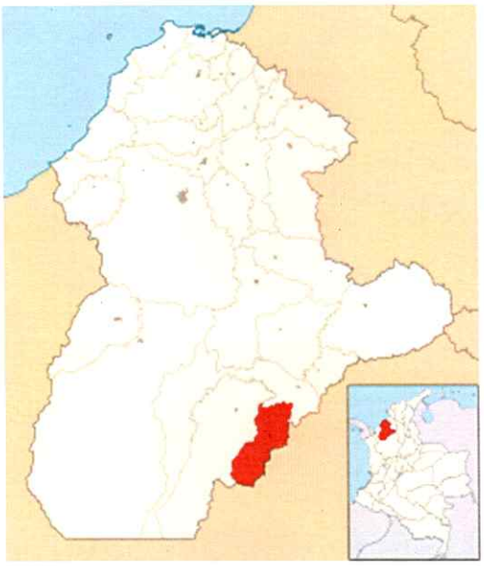
En términos de educación sexual, el asunto clave no es "saber más", sino "saber hacer" y "saber actuar", para mantenerse saludable y manejar de manera competente las necesidades, retos y desafíos en el ejercicio cotidiano de la sexualidad.

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 4.6

Realizar una (01) jornada de cuatro (04) horas de duración, de 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 rural (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)

DESCRIPCION METODOLOGICA DE LA ACTIVIDAD 4.6

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

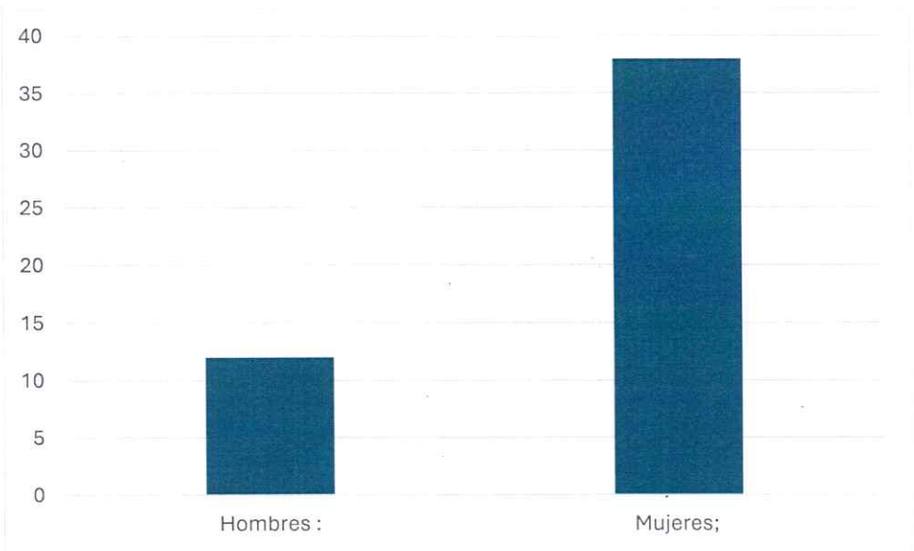
Teniendo en cuenta las características operativas de las pruebas rápidas para sífilis y VIH (tiempo de ejecución y lectura menor a 1 hora), estos resultados deberán ser informados a los usuarios el mismo día de su realización.

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
4	16	San José de ure

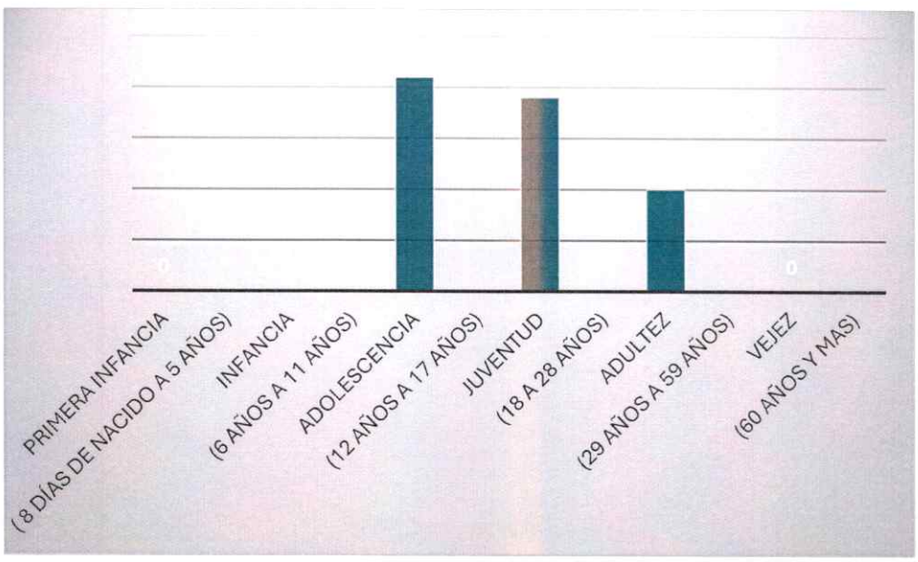


En el desarrollo de la sesión se puede identificar mayor afluencia de sexo femenino en comparación al sexo masculino, esto en ocasiones se debe a apatía.

AFRODESCENDIENTE	INDIGENA	ROM	DESPLAZADOS	DISCAPACITADOS
0	**0**	**0**	**0**	**0**

CURSO DE VIDA ACTIVIDAD

CURSO DE VIDA	N° DE ASISTENTES
PRIMERA INFANCIA (8 DÍAS DE NACIDO A 5 AÑOS)	0
INFANCIA (6 AÑOS A 11 AÑOS)	0
ADOLESCENCIA (12 AÑOS A 17 AÑOS)	10
JUVENTUD (18 A 28 AÑOS)	6
ADULTEZ (29 AÑOS A 59 AÑOS)	4
VEJEZ (60 AÑOS Y MAS)	0
TOTAL	20



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.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

DIMENSIÒN: Salud sexual y reproductiva

ACTIVIDAD: 4.6 tamizaje

FECHA: 02-12-2023 hora : 09:00am

LUGAR: Zona rural Casa afro- BOCAS URE

POBLACIÒN INTERVENIDA: Población general







Gobernación de Córdoba Ahora le toca al pueblo	FORMATO	VERSIÓN 01	E.S.E Hospital Local de Montelibano 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 de Uré a los 28 días del mes de Noviembre del 2023 se reunieron Maria Roqueme quien se desempeña como Rep Comunidad. y Erika Valverde, 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 Noviembre del 2023.

Nombre Erika Valverde
Cédula 45 552 972
Numero de celular 3205432007
Representante de la E.S.E

Nombre Maria A Roqueme
Cédula 1063293063
Numero de celular
Funcionario del municipio o entidad

Gobernación de Córdoba – Ahora le toca al pueblo / Secretaría de Desarrollo de la Salud	FORMATO	VERSIÓN: 02	E S E Hospital Local de Montelíbano – Mejoramos para Servir!
	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: 8:00
Hora de Finalización: 10:00

Objetivo(s) de la Reunión

Concertación y ejecución actividad prevención de VIH

Desarrollo de la Reunión

(1) Programación – socialización objeto actividad
(2) Convocar
(3) Organización escenario
(4) Desarrollo del evento
(5) Toma de evidencia y soportes
(6) Finalización

Responsables de la Actividad

Erika Valverde

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): Mana Roquene

ASUNTO: Invitación

Cordial saludo

E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELBANO la/o estamos invitando a Poblacion General para intervencion educativa Sobre Prevencion VIH.

Con el objetivo de dar cumplimiento al convenio interadministrativo 2023, celebrado N° 320 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: 02/12/2024
Lugar: Sala de Uci
Hora: 9:00 am

Esperamos su asistencia

Cordialmente,

ERIKA VALVERDE
Profesional responsable de la actividad
cc. 45552972

Mana Anoqueme
Representante de la comunidad
cc. 1063293063

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: prevencion VIH.

DIA:	02	MES:	12	AÑO:	2023	UBICACIÓN:	San José de ure	ZONA:	rural

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	MARIANA MEZA MARTINEZ	TI	1067709563	12	F								X								No tiene	X		Mariana Meza M.
2	MOISES MEZA MARTINEZ	TI	1067093969	15	M								X								No tiene	X		moises meza
3	SAMUEL DAVID MOLINA ACEVEDO	TI	1129807671	13	M								X								No tiene	X		samuel David molina
4	JESUS DAVID MONTES SALGADO	TI	1066606754	12	M								X								No tiene	X		JESUS DAVID M
5	MARIA ALEJANDRA PUCHE G.	CC	1063293063	33	F								X								No tiene	X		Maria A. Puche
6	BREINER DE JESUS SALGADO PEREZ	CC	1148435216	18	M								X								No tiene	X		Breiner DeJesus
7	DUBAN ANDRES SALGADO C.	CC	1063280489	18	M								X								No tiene	X		DUBAN S.
8	JUAN DIEGO SALGADO C.	CC	1063276110	20	M								X								No tiene	X		Juan Diego Salgado
9	STEFHANY SALGADO.	TI	1197 243 553	15	F								X								No tiene	X		S
10	YORLADIS SALGADO PEREZ	TI	1066607127	12	F								X								No tiene.	X		Yorladis Salgado

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	MARIANA MEZA MARTINEZ	DOCUMENTO	1007095632

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: Mariana Meza M Documento: 1007095632 12

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552992

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	MOISES MEZA MARTINEZ	DOCUMENTO	1007093969

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: Moises Meza Documento: 1007093969

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552972

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	Samuel Molina Acosta	DOCUMENTO	1129807671

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: Samuel David Molina Documento:

Firma del testigo: _____ Documento:

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552972

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	Jesus Montes Salgado	DOCUMENTO	1066606754

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: JESUS DAVID M Documento: 1066606754

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552972

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	MARIA ALEJANDRA ROQUME	DOCUMENTO	1003243063

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: Maria A. Roqueme Documento: 1003243063

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552972

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	BREINER DE JESUS SAEZ	DOCUMENTO	1148435216

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: Breiner De Jesus Documento: 1148435216

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552972

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	DUBAN SALGADO C	DOCUMENTO	1003280489

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: Duvan S Documento: 1003280489

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552972

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	JUAN DIEGO SALGADO	DOCUMENTO	1003277610

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: Juan Diego Salgado Documento: 1003277610

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552972

Fecha: 02-12-2023

E.S.E Hospital Local de Montelíbano
Mejoramos para Servirl

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	STEFANY SALGADO	DOCUMENTO	1197243553

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: 1197243553

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552972

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	YURLADIS SALGADO P.	DOCUMENTO	1066607127

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: Yurladis Salgado Documento: 1066607127

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552972

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 Jose Cni	ZONA:	rural

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	SEBASTIAN JOSE CALDERA CARRANZA	TI	1063254178	17	M								X								No tiene	X		SEBASTIAN J
2	ISAAC DAVID COGOLLO YEPEZ	TI	1197214307	12	M								X								No tiene	X		Isaac David C
3	STIVEN JAIRO ARIZA	TI	1063295877	13	M								X								No tiene	X		Estiven Jairo
4	DIANA VANESA JIMENEZ	TI	1063296483	12	F								X								No tiene	X		Diana Jimenez
5	HELEN MIKOL JIMENEZ	TI	1063296410	14	F								X								No tiene	X		Helen Jimenez
6	MARIA JOSE MARTINEZ S	TI	1197213896	15	F								X								No tiene	X		Maria Jose M
7	BREYNER MEDINA LEON	TI	1063290937	13	M								X								No tiene	X		BREYNER
8	MELISA MESTRA DE ARIZA	TI	1063292599	13	M								X								No tiene	X		Melisa mestra
9	SANDRY BLANCA MEZA	TI	1067095264	13	F								X								No tiene	X		Sandry Meza
10	LUIS MARIO MEZA	TI	1148695802	14	M								X								No tiene	X		Luis Mario

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	Sandry Meza	DOCUMENTO	1067095264

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: Sandry Meza. Documento: 1067095264

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA UALVERDE Documento: 45552992

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	Melisa Mestra.	DOCUMENTO	1063 292599

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: melisa mestra Documento: 1063 292599

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA UNLERDE Documento: 45552992

Fecha: 02/12/23

E S E Hospital Local de Montelíbano
Mejoramos para Servirl

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	Brewer Medina	DOCUMENTO	1063 290937

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: BREWER. Documento: 1063290937.

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552972

Fecha: 02/12/23

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	Sebastian Calder	DOCUMENTO	1063284178

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: SEBASTIAN J Documento: 1063284178

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552972

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	Mara Martinez	DOCUMENTO	1197213896

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: Mara Jose M — Documento: 1197213896

Firma del testigo: _____ — Documento: _____

Profesional responsable: JAIRO VALVERDE — Documento: 4555297?

Fecha: 02/12/23

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	Helen Jimenez	DOCUMENTO	1063329410

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: Helen Jimenez Documento: 1063329410

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA VALVERDE Documento: 45552912

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 Jimenez	DOCUMENTO	1063296483

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 Jimenez — Documento: 1063296483

Firma del testigo: _____ — Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA UNIVERPLE — Documento: 45552912

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 la toca al pueblo | Secretaría de Desarrollo de la Salud

NOMBRES	Esthven Jaimar	DOCUMENTO	1063295877

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: Esthven Jaimar Documento: 1063295877

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: .SRIFA VALVERDE Documento: 45552972

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	Isaac Cogollo	DOCUMENTO	1197214307

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: 1197214307 Isaac David C. Documento:

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ERIKA CALVERDE Documento: 45552772

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	Luis Mario	DOCUMENTO	1148695802

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: Luis mario. Documento: 1148695802

Firma del testigo: _____ Documento: _____

Profesional responsable: ZAIK VALLEJO Documento: 15552972.

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:	Rural

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	Mariana Meza Martinez	TI	1067709563 2	12	F								X								No reporta			Mariana Meza M.
2	Moises Meza Martinez	TI	1067093969	15	M								X								No reporta			Moises Meza
3	Samuel Molina H.	TI	1129807671	13	M								X								No reporta			Samuel David Molina
4	Jesus David Montes	TI	1066606754	12	M								X								No reporta			Jesus DAVID M.
5	Maria alejandra Reyes	CC	1003293063	33	F								X								no reporta			Maria A. Reyes
6	Breiner de jesus Sierra	CC	1148 435246	13	M								X								no reporta			Breiner De Jesus
7	Dilan Andres Salgado	CC	1063280489	18	M								X								no reporta			DAVID
8	Juan diego Salgado C.	CC	1063277610	20	M								X								no reporta			Juan diego Salgado
9	Stefanny Salgado	TI	1197243555	15	F								X								no reporta			
10	Yorladis Salgado	TI	1066071272	12	F								X								no reporta			Yorladis Salgado

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: Entrega de preservativos:

DIA:	02	MES:	12	AÑO:	2023	UBICACIÓN:	San Jose de Uré	ZONA:	Rural

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	Sebastian Jose Calder C.	TI	1063284 478	17									/								No reporta			SEBASTIAN J.
2	Isaac Cogollo Yepez.	TI	1197 214307	12									/								no reporta			Isaac David C.
3	Steven J Arev.	TI	1063 955 977	13									/								No reporta			Esteve Joaman
4	Diana Vanesa Jimenez	TI	1063296483	12									/								No reporta			diana Jimenez.
5	Helen Nikol	TI	1063329 410	14									/								no reporta			Helen Jimenez
6	Maria Martinez S.	TI	1197 243896	15									/								no reporta			Maria Jose M
7	Boener Medina Leon	TI	1063296937	13									/								no reporta			BREYNER
8	Melisa Mestra de cogo	TI	1063292549	13									/								No reporta			Melisa mestra
9	Sandry Marcela Meza	TI	1067095264	12									/								no reporta			Sandry Meza
10	Luis Mario Meza	TI	1148695802	14									/								no reporta			Luis Mario

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

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE

Yo, Maria A Roqueme,
identificado con la Cedula de Ciudadanía N.º 1063 293063, en
Representación del Comunidad., certifico que
la E.S.E HOSPITAL LOCAL DE MONTELIBANO realizó:
Sesion educativa-diagnostica con poblacion
general sobre prevencion VIH

.

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

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

NOMBRE Y APELLIDOS Maria A Roqueme

FIRMA Maria A Roqueme

CELULAR

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:** __2__

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:** ___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__N__ NUNCA_____ 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__N__

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_____ 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 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__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)

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)_____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 4 _____

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

   SIEMPRE 0 ____ NUNCA_____ OCASIONALMENTE____

4. **¿HAS TENIDO ALGUN INCIDENTE CON ELEMENTOS CORTOPUNZANTES?**
   SI 2 ____ NO_____

5. **¿ALGUNA VEZ TE HAS REALIZADO PRUEBA O TAMIZAJE PARA VIH, SIFILIS, HEPATITIS B, ¿HEPATITIS C?**
   SI 1 ____ 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:** 2

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)

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:** 3.

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

   SIEMPRE X NUNCA_____ 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:** 3

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

   SIEMPRE X NUNCA_____ 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 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:** __2__

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

   SIEMPRE__X__ NUNCA_____ 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 X NO____

2. **NUMERO DE PREJAS ACTUALES:** 3

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)

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:** 3

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:** __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 X NO_____

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

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_____ 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 Servirl

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__X__ NO_____

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

FIRMA:
(OPCIONAL)

GRUPO POBLACIONAL TAMIZADO (PIC 2023) MICROTERRITORIO RURAL

Datos Personales								prueba rapida hepatitis B					Prueba Rapida Sifilis					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	10677091632	MARTINEZ	MEZA	MARIANA		12	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	1067093969	MARTINEZ	MEZA	MOISES		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
TI	1129807671	MOLINA		SAMUEL		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	1066606754	MONTES		JESUS	DAVID	12	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	1003293063	ROQUEME		MARIA	ALEJANDRA	33	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	1148435266	SAENZ	PEREZ	BREINER	DE JESUS	18	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	1063280439	SALGADO		DUVAN	ANDRES	18	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	1063277610	SALGADO		JUAN	DIEGO	20	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	1197243553	SALGADO		STEFANNY		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	1066607127	SALGADO		YURLEIDIS		12	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	1063284178	CALDEZ		SEBASTIAN	JOSE	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
TI	1197214178	COGOLLO	YEPEZ	ISAAC		12	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	1063295877	ANEV		STIVEN		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	1063296483	JIMENEZ		DIANA	VANESA	12	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	1063329410	NIKOL		HELEN		14	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	1197213896	MARTINEZ		MARIA		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	1063296937	MEDINA	LEON	BREINER		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	1063292599	MESTRA	DE AGUA	MELISA		13	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	1067095264	MARCELA	MEZA	SANDRY		12	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	1148695802	MEZA		LUIS	MARIO	14	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