E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 003-2024

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - PIC
MUNICIPIO YONDO – ANTIOQUIA
JUNIO 2024

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INTRODUCCION

El Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), incluye un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades que debe desarrollar el Estado, dirigidas a promover la salud y la calidad de vida, la prevención y control de riesgos y daños en salud de alta externalidad, para contribuir al cumplimiento de las metas prioritarias en salud definidas en el Plan Nacional de Salud Pública y las propias del Plan de Desarrollo del Municipio, las cuales son complementarias a las acciones de promoción, prevención y atención previstas en el sistema general de seguridad en salud.

Este Plan establece que las entidades territoriales de acuerdo con sus competencias necesidades condiciones y caracteristicas de la población y el territorio deberán adaptar y adoptar los contenidos establecidos en cada cuatrienio a través del plan territorial de salud y coordinar su implementación en su área de influencia, así como la formulación y ejecución del plan de salud pública de intervenciones colectivas en el marco de los lineamientos que para el efecto expida el ministerio de salud y protección social.

En éste marco, el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) busca generar acciones que articulen los diferentes planes de beneficio y promover la participación social de actores y sectores en procura de reconocer el carácter colectivo de la salud y la corresponsabilidad de la sociedad en la construcción de políticas saludables que garanticen la dignidad humana como el más alto valor de la sociedad, a la vez que se posibilita la incidencia de los sujetos en las decisiones públicas para su garantía. Que ante la declaratoria de la pandemia del Covid-19 la Organización mundial de la salud OMS, instó en los estados a tomar acciones urgentes y decididas para la acción, identificación, confirmación, aislamiento, monitoreo de los posibles casos y tratamiento de casos confirmados, así como la divulgación de las medidas preventivas en pro de la mitigación del contagio.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a nivel institucional e Intersectorial en la participación de la población afectada por condiciones crónicas en estilos de vida saludable, enfermedades trasmitidas por vectores, enfermedades de interés en salud pública y demás problemáticas en el marco de la emergencia económica, Social y ecológica en el municipio de Yondó (Antioquia) ; a través de acciones tendientes a la detección temprana, detección especifica, prevención de condiciones de exposición, atención integral y la evaluación de la atención, en consonancia con lo definido en el convenio interadministrativo 003- del PIC 2024.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fomentar acciones de promoción de medidas en estilos de vida saludables en el marco del plan de intervenciones colectivas en la zona urbana y rural del municipio de Yondó.

2. Realizar acciones de búsqueda activa frente a los programas de vigilancia y atención a enfermedades de interés en salud pública.

3. Brindar información, educación y comunicación a la comunidad del municipio de Yondó frente a las necesidades priorizadas en el anexo del plan de intervenciones colectivas.

4. Brindar orientación a los individuos frente al uso oportuno y adecuado de los servicios de salud.

5. Realizar seguimiento a los casos de alteración nutricional y problemática psicosocial, reportados en los diferentes Sistemas de Vigilancia en Salud Publica e institucional.

6. Orientar a la población en edad fértil sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, embarazo en adolescentes y derecho y deberes sexuales y reproductivos.

7. Brindar apoyo a las familias para la prevención de las enfermedades respiratorias, mediante la adecuada aplicación de los protocolos de bioseguridad.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL

TEMA:

Taller educativo dirigido a la comunidad del sector las Vegas y Nueva Esperanza sobre adecuadas condiciones sanitarias.

LUGAR:

Barrio Las Vegas

CONVOCATORIA:

Se realiza convocatoria el dia 30 de mayo con el presidente de la Junta de Accion Comunal del barrio Las Vegas, para realizar actividad el dia 13/06/2024.

POBLACIÓN INTERVENIDA:

Área Urbana – Barrio Las Vegas.

RESPONSABLE:

Diana Paola Madrid Fajardo – Técnica en seguridad ocupacional

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD:

- ✓ Contribuir a la preservación y cuidado del Medio Ambiente, a través de la separación, reutilización y reciclaje de residuos sólidos a población Urbana del barrio Las Vegas del municipio de Yondó.
- ✓ Concientizar a la población Urbana del barrio Las Vegas, sobre la importancia de las adecuadas condiciones sanitarias, con el objetivo de evitar enfermedades y disminuir contaminación ambiental, mejoramiento de calidad de Vida de los habitantes del barrio Las Vegas.
- ✓ Informar a la comunidad sobre los riesgos de exposición por las malas prácticas de manejo sanitarios e informar los controles necesarios para evitar las malas prácticas de manejo sanitarios.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Se inicia actividad con los habitantes del barrio Las Vegas el día 13 de junio de 2024, siendo las 02:00 pm, iniciamos con una breve presentación del profesional a cargo, dando agradecimiento a la comunidad asistente por la participación.

A continuación, se inició preguntando a la comunidad ¿qué es una adecuada condición sanitaria? la comunidad responde las adecuadas condiciones sanitarias es tener Sistema de alcantarillado, agua potable, sistema de recolección de residuos, es tener una vivienda aseada, etc.

Con la mayoría de las respuestas de la comunidad iniciamos nuestro taller explicándole a la comunidad que las adecuadas condiciones sanitarias evitan enfermedades y permiten vivir en un ámbito saludable para los miembros de la comunidad del barrio e impacta en gran manera el estado de salud de los habitantes del municipio.

Se invito a la comunidad a crear una lista de las malas y buenas prácticas frente al tema sanitario del barrio con el fin de evaluar el estado sanitario actual del barrio, el profesional a cargo los felicito como comunidad del barrio las vegas ya que es una comunidad organizada y unida, han constituido grupos para delegar tareas y apoyarse entre sí, existen los siguientes grupos:

- Grupo 1: encargado de la recolección de basuras y el desplazamiento de las mismas hasta el punto final de recolección ya que el vehículo no puede ingresar al barrio, son ellos mismos los que se encargan de llevarlos al punto cercano por donde pasa el vehículo, esto permite tener el barrio libre de basuras y de malos olores.
- Grupo 2: encargado del sistema de agua potable, organizan la tubería que ellos instalaron, realizan revisión periódica de las condiciones de la tubería y Cuando requiere algún mantenimiento lo realizan con el objetivo que no hallan fugas de aguas.
- Grupo 3: este comité de la salud realiza vigilancia y control dentro de su comunidad en caso de presentarse cualquier afectación a la salud son los encargados de informar y solicitar apoyo a las entidades locales.
- Grupo 4: encargado de organizar las jornadas de orden y aseo dentro de la comunidad, de solicitar apoyo a los entes Cuando requieren votar basuras y inservibles, esta jornada la realizan una vez al mes, la cual le ha dado resultado ya que su barrio se encuentra libre de desechos inservibles y sus calles y casas están libres de desechos no aprovechables.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

La profesional observa la organización, les socializa otros tips para aportar a las Actividades que vienen desarrollando, les comunica la técnica de las 3R Reducir, Reciclar y Reutilizar con el fin de que desde la población infantil hasta los adultos apliquen estas técnicas y aporten a la comunidad.

También se instruye en las técnicas del adecuado aprovechamiento del agua potable, su uso correcto y las técnicas de reutilización de la misma.

Se termina el taller con los agradecimientos de la comunidad por el taller ya que para ellos fue enriquecedor el taller, la profesional les extiende la invitación para aplicar y ser multiplicadores de la información recibida y culmina extendiéndoles la invitación a la jornada integral de salud que se realizara en el municipio el día 22 de Junio de 2024.

RESULTADOS OBTENIDOS:

- ✓ Agradecimientos a el Hospital Héctor Abad Gómez y alcaldía municipal por desarrollar este tipo de actividades con la comunidad.
- ✓ Concientización del personal que asistió al taller sobre las adecuadas condiciones sanitarias.
- ✓ Aceptación y participación de los miembros de la comunidad del barrio las Vegas.
- ✓ Fortalecimiento a la población infantil y adulta, por medio la jornada de educación ambiental, concientización de la importancia de tener una buena condición sanitaria en su entorno, el cual les evite enfermedades transmitibles, reducción de factores de estrés por riesgos psicológicos y sociales, les brinde protección a las poblaciones especiales expuestas.
- ✓ Compromiso de la comunidad en la multiplicación de la información recibida con el objetivo que el personal que no asistió sea participe de apoyar al desarrollo de la comunidad.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INDICADORES:

Taller educativo dirigido a la comunidad del sector las Vegas y Nueva Esperanza sobre adecuadas condiciones sanitarias.		
Programadas	**Realizadas**	**Pendientes**
2	1	1
100%	50%	50%



ANÁLISIS

Como se observa en el grafico existen un avance de 50% de la actividad programada, quedando pendiente la población a intervenir del barrio la nueva esperanza.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INFORME CUANTITATIVO BARRIO LAS VEGAS

LUGAR	CANTIDAD
AREA URBANA - BARRIO LAS VEGAS	16 personas
Total	**16 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	8 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	8 personas
Total	16 personas

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	2 personas
Mujer	14 personas
Total	**16 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	3 Personas
12- 26 AÑOS	1 personas
27-50 AÑOS	8 personas
Mayor de 50 AÑOS	4 personas
Total	**16 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	16 personas
Rural	0 personas
Total	**16 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS (BARRIO LAS VEGAS)







DIANA PAOLA MADRID FAJARDO
TECNICA EN SEGURIDAD OCUPACIONAL

HECTOR ABAD GOMEZ
NIT. 800.014.884-7

261

Yondó Antioquia 30 de mayo de 2024

Señor
Elkin Antonio Camacho Ramirez
Presidente JAC
Barrio Nueva Esperanza

Asunto: apoyo y participación en la actividad del Plan Intervenciones Colectivas – PIC, convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la Resolución 518 del 2015. que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC, se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Taller educativo dirigido a la comunidad del sector las Vegas y Nueva Esperanza sobre adecuadas condiciones sanitarias.

FECHA: 13/06/2024
HORA: 02:00 pm
LUGAR: Barrio Nueva Esperanza

Se solicita realizar gestión con la participación de la comunidad en esta actividad con el fin de mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Hector Abad Gómez

Rdo.
Elkin Antonio Camacho
07-06-2024.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DIMENSIÓN SALUD AMBIENTAL

TEMA:

Taller educativo dirigido a las comunidades de las veredas San Miguel del Tigre y San Luis Beltrán sobre la importancia del cuidado y consumo del agua.

LUGAR:

Vereda San Luis Beltrán

CONVOCATORIA:

Se realiza convocatoria para el día 02 de junio del 2024 a través del presidente de la JAC en la vereda san Luis Beltrán en la brigada de salud programada por el Hospital Héctor Abad Gómez.

POBLACIÓN INTERVENIDA:

Área Rural San Luis Beltrán

RESPONSABLE:

Diana Paola Madrid Fajardo – Técnica en seguridad ocupacional

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD:

- ✓ Concientizar a la comunidad intervenida sobre la importancia del agua para nuestra subsistencia en el planeta.
- ✓ Educar a la comunidad sobre las formas de cómo evitar la contaminación del agua y hacer uso correcto de ella evitando que las generaciones futuras sufran por el desabastecimiento de este producto tan importante para nuestras vidas en el planeta.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD EN LA VEREDA SAN LUIS BELTRAN

Se inicia actividad con la comunidad de San Luis Beltrán el dia 02 de junio del 2024 dando un saludo, presentando ante la comunidad a la profesional responsable de la actividad, se procede a entregar un folleto a cada uno de los estudiantes y a la docente presente.

Iniciamos el taller con una pregunta **¿de qué forma puede cuidar y hacer un buen consumo del agua?**, de esta forma empezamos a interactuar con la comunidad y la temática sobre la importancia del cuidado y consumo del agua.

Buscamos concientizar a la población de niños, adultos y jóvenes de la vereda San Luis Beltrán, por medio de la interacción de pregunta y respuesta buscando que ellos mismos a través de sus mismas respuestas nos den los Tips para concientizar sobre la importancia que tiene este líquido en nuestras vidas cotidianas.

En lo interactuado observamos que tiene la claridad de la importancia del agua en nuestras vidas, como lo es conservar y hacer un buen uso de este preciado líquido ya que son conscientes que existen lugares en el mundo que sufren por no tener agua.

Así mismo manifiestan que las formas correctas de hacer uso del agua son:

- reutilizando el agua que se utiliza para lavados o enjuagues de ropa para regar las plantas sin utilizar productos químicos fuertes.
- Hacer buen uso de grifos mientras se cepillan, se enjabonan o refriegan las manos.
- Recolectando agua lluvia para lavado de pisos entre otras mencionadas.

Un miembro de la comunidad procede a leer los Tips suministrados en el folleto y con este se realiza la invitación por parte del profesional a realizar la práctica y divulgar con los miembros de la familia, amigos, barrio etc.

Para que sean multiplicadores de la información recibida y junto a ellos aportar un granito de arena a la conservación del agua y hacer una buena práctica sobre la importancia del cuidado y consumo del agua, ayudando así que nuestro planeta no sufra por el desabastecimiento del agua y aportar a las futuras generaciones. Finalmente se procede a realizar el registro de asistencia de la actividad.

765

RESULTADOS OBTENIDOS:

- ✓ Aceptación por parte de la comunidad en general de la vereda San Luis Beltrán.
- ✓ Concientización en el uso adecuado del agua y aplicación de los Tips para la conservación del mismo.
- ✓ Multiplicación de la información recibida en el taller con su entorno social.
- ✓ Identificaron las formas correctas del uso del agua en sus viviendas y se comprometen a usar y conservarla con todo el núcleo familiar.

INDICADORES

Taller educativo dirigido a las comunidades de las veredas San Miguel del Tigre y San Luis Beltrán sobre la importancia del cuidado y consumo del agua.		
Programadas	**Realizadas**	**Pendientes**
2	1	1
100%	50%	50%



ANÁLISIS

En el grafico se puede apreciar que de la actividad "taller educativo sobre la importancia del cuidado y consumo del agua el total de acciones propuestas a desarrollar son 2 (100%), de los cuales se ha desarrollado 1 (50%) en el mes de junio, quedando pendiente por desarrollar 1 talleres que equivalen al 50%.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

MATERIAL EDUCATIVO ENTREGADO





E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INFORME CUANTITATIVO VEREDA SAN LUIS BELTRAN

LUGAR	CANTIDAD
Área Rural San Luis Beltrán	33 personas
Total	**33 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	20 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	13 personas
Total	**33 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	12 personas
Mujer	21 personas
Total	**33 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 Personas
12- 26 AÑOS	9 personas
27-50 AÑOS	18 personas
Mayor de 50 AÑOS	6 personas
Total	**33 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	0 personas
Rural	33 personas
Total	**33 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 890.014.884-7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS (VEREDA SAN LUIS BELTRAN)







DIANA PAOLA MADRID FAJARDO
TECNICA EN SEGURIDAD OCUPACIONAL

Municipio de Yondó Antioquia	GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO	Código:	F-PE-GAC-GAM-01
		Fecha de Aprobación:	21/02/2024
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
		Páginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Taller educativo dirigido a las comunidades de las veredas San Miguel del Tigre y SanLuis Beltran sobre la importancia del cuidado y consumo del agua.	DEPENDENCIA RESPONSABLE: Plan Intervenciones Colectivas Convenio 003-2024.
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	TECNICA EN SEGURIDAD OCUPACIONAL	
FECHA:	2/06/2024	

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Juan Carlos Lerma	X		35	1042211482		X						VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	Electricista	3227112642	NT-	
2	Patricia lerma Φ		X	20	1042210076	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	N. A	Estudiante	3113820398	Patrlermaco@gmail.com	
3	Evelio Sanchez	X		56	19865009							X	VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	Abogado	3112908017	NA.	
4	Carolina Sanchez		X	14	1096806235								VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Estudiante	3105915281	NA.	
5	Irma Miranda		X	42	28488256							X	VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Ama de casa	3002025572	NA.	Irma Miranda
6	Pedro E Cruz	X		50	88175526	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Oficios Varios	3507259614	NA.	
7	Lina Luz Guerra		X	38	1096184318	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	oficios Varios	3214409809	NA	Lina Guerra
8	Dayana Duque		X	22	1005175838							X	VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Ama de casa	3246703776	NA.	
9	Brayan Rodriguez		X	25	1042213259	XX							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	Ninguna	(ninguno)	3172946031	Na.	
10	Fernando Castaño	X		25	1061815872	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	Oficios Varios	3003138384	NA	
11	Elfrin Pedroza	X		49	85765508							X	VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Oficios Varios	NT.	NA.	
12	Alix Gualdron F		X	61	28404462							X	VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	Oficios Varios	NT.	NA	
13	Juan Dios Lopez	X		64	91421968							X	VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	Oficios Varios	3046599494	NA	
14	Angie Peda Villalba		X	30	1042211442							X	VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	Oficios Varios	NT.	NA.	
15	Alberto Grandos	X		61	75000503							X	VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Asistencia Tecnica	NT.	NA	
16	Adrian Lunar	X		50	91325153							X	VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Oficios Varios	3133204613	NA	
17	Orlando Cacio E	X		55	91431806	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	Oficial de obra	3046423824	NA	
18	Ana María Celis		X	26	1096244236	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Ama de Casa	3244954469	NA	Ana maria
19	Yulieth Navarro		X	29	1042213348	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	Auxiliar Pedagogia	3023502120.	NA.	Yulieth navarro

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia	GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO	Código:	F-PR-GAC-DAM-01
		Fecha de Aprobación:	27/02/2024
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
		Página:	Pág 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Taller educativo dirigido a las comunidades de las veredas San Miguel del Tigre y SanLuis Beltran sobre la importancia del cuidado y consumo del agua.	DEPENDENCIA RESPONSABLE: Plan Intervendones Colectivos Convenio 003-2024.
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	TECNICA EN SEGURIDAD OCUPACIONAL	
FECHA:	2/06/2024	

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Laura Santana		X	34	1090406055							X	VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Empleada	3168223892	NT.	
2	Delia Gozman		X	43	37578488							X	VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	Ama de casa	3024859078	NT.	
3	Edith Jimenez		X	35	1098683149	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	Ama de Casa	3017158109	NT.	
4	Ruth Duque R.		X	54	28313 673	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	Ama de casa	3002353461	NT.	
5	Yesica Jimenez		X	33	1096212841	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA.	Intructa	3015132896	NT.	
6	Erika Gent		X	29	1096192061	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Enfermera	3184623669	NT	
7	Erdis Gent		X	43	28498696	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Ama de Casa	3246556861	NT.	
8	Daniela Ruiz		X	25	1005174296	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Ama de Casa	3006466291	NT.	
9	Daniel Ruiz	X		50	91442720	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Ama de Of. Varia	3114595291	NT.	Daniel Ruiz
10	Kevin Ruiz	X		21	1005184895	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Oficios Varios	3214385741	NT.	
11	Yetsi Gualdron		X	23	1005187209	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Estudiante	3168776165	NT.	
12	Ana Jaramillo		X	52	59911194							X	VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Ama de Casa	3023840841	NT	
13	Luz Estelol Pinar		X	45	63472686	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Ama de Casa	3132829319	NT.	Luz Stella D
14	Luis A Urrutia	X		49	91444982	X							VEREDA SAN LUIS BELTRAN	NA	Oficios Varios	3023096397	NT.	
15													VEREDA SAN LUIS BELTRAN					
16													VEREDA SAN LUIS BELTRAN					
17													VEREDA SAN LUIS BELTRAN					
18													VEREDA SAN LUIS BELTRAN					
19													VEREDA SAN LUIS BELTRAN					

Convendones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDO ***

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

TEMA:

Taller alusivo a la prevención de Diabetes y enfermedades renales y dislipidemias, factores de riesgos, síntomas y tratamiento en las veredas San Luis Beltrán; San Francisco, San Miguel del tigre y área urbana del Municipio

POBLACIÓN:

La presente actividad se realizó con la población de la vereda San Luis Beltrán

RESPONSABLE:

Angelica Cujar Moreno – Enfermera jefe

OBJETIVO:

Brindar educación en salud sobre prevención de Diabetes, enfermedades renales y dislipidemias

FORMA DE CONVOCATORIA:

Se realizó aprovechamiento de la actividad del día del campesino en la vereda San Luis Beltrán, con previa solicitud del espacio a través de oficio dirigido al concejal encargado, quien respondió positivamente. Se promocionó por medio de carteleras informando a la comunidad sobre la educación en salud, incluyendo la fecha y hora acordadas para dicha actividad. Además, se hizo publicidad con el método de perifoneo (voz a voz), donde los lideres de la vereda informaron a la comunidad sobre la oferta educativa. Por otro lado, el diseñador de la alcaldía creó un volante el cual se difundió por las redes sociales.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

La actividad se llevó a cabo en la vereda San Luis Beltrán, donde inicialmente se presentó un panorama general de la prevalencia de las enfermedades objeto (diabetes, enfermedades renales y dislipidemia) a nivel mundial y nacional, subrayando la magnitud del problema y la necesidad de medidas preventivas. Se explicaron conceptos generales de anatomía y fisiología, permitiendo a los participantes a comprender la importancia de las estructuras y su adecuado funcionamiento para gozar de una buena salud. Por otro lado, se explicó sobre los tipos de enfermedad cardiovascular y renal (aguda- crónica); se discutieron los principales factores de riesgo asociados incluyendo hipertensión, antecedentes familiares, estilos de vida inadecuados (alto contenido de grasa, alto consumo de sal y azúcar, sedentarismo) y el uso prolongado de ciertos medicamentos. Esta sección enfatizó la importancia de la prevención y la gestión de estos factores de riesgo.

Se explicaron los signos y síntomas más comunes de la enfermedad renal, diabetes y dislipidemias. Se proporcionaron consejos sobre cuándo buscar atención médica y se enfatizó en la no automedicación ya que este es uno de los principales factores detonantes de la enfermedad renal.

Finalmente, se proporcionaron recomendaciones prácticas para la protección de la salud circulatoria y renal. Estas medidas incluyeron mantener una dieta equilibrada, hidratarse adecuadamente, aumentar el consumo de frutas y verduras, hacer ejercicio regularmente, evitar el consumo excesivo de sal y proteínas, manejo del estrés, controlar el nivel de azúcar en sangre y la presión arterial, se recomendó el consumo de alimentos cocidos y evitar freírlos, además de fraccionar las tres comidas principales en 5 en porciones más pequeñas para mitigar de esta manera la ingesta de otros alimentos malsanos y mantener regulados los niveles de glucosa en sangre y realizar chequeos médicos regulares.

La actividad culminó con una sesión de preguntas y respuestas, donde los participantes pudieron aclarar dudas y recibir asesoramiento específico sobre la prevención de estas enfermedades. La combinación de información teórica y consejos prácticos permitió una comprensión integral de cómo prevenir y manejar esta enfermedad. Como cierre de la actividad se entregó a cada participante un refrigerio con la intención de incentivar a la comunidad a continuar participando de actividades educativas con el fin de que se informen sobre estrategias para preservar la salud y controlar las enfermedades que tengan de base.

RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ Las personas lograron identificar los riesgos para desarrollar enfermedades como la diabetes, dislipidemia y enfermedad renal.
- ✓ Las personas se comprometieron a cambiar conductas de vida y aplicar los saberes adquiridos para prevenir estas enfermedades.
- ✓ Los usuarios se comprometieron a realizar actividad física y mejorar su alimentación para mejorar su calidad de vida.
- ✓ La población identificó la importancia de la no automedicación

INDICADOR:

Total, de talleres alusivos a la prevención de Diabetes y enfermedades renales y dislipidemias	Número de talleres alusivos a la prevención de Diabetes y enfermedades renales y dislipidemias realizados	Numero de talleres alusivos a la prevención de Diabetes y enfermedades renales y dislipidemias pendientes por realizar
4	2	2
100%	50 %	50%



E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

ANALISIS

De los 4 talleres alusivos a la prevención de Diabetes y enfermedades renales y dislipidemias, factores de riesgos, síntomas y tratamiento, se ha ejecutado 1 taller en el centro vida Canitas Sabias (zona urbana) y 1 taller en la vereda San Luis Beltrán (correspondiente al 50%); quedando pendiente la ejecución de 1 taller en San Miguel del tigre y 1 taller en la vereda San Francisco (equivalente al 50% restante)

INFORME CUANTITATIVO:

LUGAR	CANTIDAD
SAN LUIS BELTRAN	20 personas
Total	**20 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	0 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	20 personas
Total	**20 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	8 persona
Mujer	12 personas
Total	**20 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	3 personas
27-50 AÑOS	9 personas
Mayor de 50 AÑOS	8 personas
Total	**20 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	0 personas
Rural	20 persona
Total	**20 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



ANGELICA CUJAR MORENO
Enfermera jefe

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PI-CAC-GAM-03
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Paginas:	Pag 1 de 1

776

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller alusivo a la Prevencion de diabetes y enfermedades respiratorias y epidemias

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Plc 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Angelica Cujar - Enfermera Jefe

FECHA: 2-06-2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Julio Navarro Urrutia	x		80	4478546							x	San luis		Ciudadano	No tiene	No tiene	
2	Naomi Castillo Rangel		x	29	1044223959							x	San luis		Ama de Casa	3166213646	No tiene	
3	Julio Cesar Recivabita R.	x		99	3550826							x	San luis		Ciudadano	3196832372	No tiene	
4	Juan de Dios Lopez Rojas	x		64	9142196B							x	San luis		Ciudadano	3213922473	No tiene	
5	Angelica Rodriguez A.		x	42	27950982							x	San luis		Ama de Casa	3154124974	No tiene	
6	Conrado Gallego Garcia	x		28	1096236605							x	San luis		Ciudadano	3155360708	No tiene	
7	Eudis Sanchez Rincon	x		36	19865609							x	San luis		Ciudadano	3112905075	No tiene	
8	Ruth Carolina Sanchez		x	14	1096BC6235							x	San luis		Estudiante	3105975289	No tiene	
9	Doris Margarita Tarazona		x	55	37979150							x	San luis		Ama de Casa	3044473024	No tiene	
10	Ruth Duque Robles		x	54	28318073							x	San luis		Ama de Casa	3002353961	No tiene	
11	Elvia Pedroza Castro	x		49	85165508							x	San luis		Ciudadano	3223630790	No tiene	
12	Wilmer Machille	x		32	9144C4452							x	San luis		Ciudadano	3029998986	No tiene	
13	Jorge Luis Mesa Hernandez	x		24	1002093408							x	San luis		Ciudadano	3245[illegible]124	No tiene	
14	Gerardo Muñoz Sanchez	x		35	1042277326							x	San luis		Ciudadano	3214310474	No tiene	
15	Steven de Jesus Lopez P.	x		32	1096189094							x	San luis		Ciudadano	3209300799	No tiene	
16	Aduzo Luna Arias	x		20	9132353							x	San luis		Ciudadano	3133204613	No tiene	
17	Cuke Garay Rivera		x	28	1005999796							x	San luis		Ama de Casa	3184623609	No tiene	
18	Sarade Rivera		x	25	1005779296							x	San luis		Ama de Casa	3206466229	No tiene	
19	Liliana Cabezas Galvez		x	37	1094243422							x	San luis		Ama de casa	3112910802	No tiene	
20	Daniel Hern	x		71	13883647							x	San luis		Obrero	No tiene	No tiene	
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG- MUNICIPIO DE YONDO ***

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. (Cardiopatías, arteriopatías, trombosis)

¿Sabías que las Enfermedades Cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo? **Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa**

OBESIDAD

Es definida como un índice de masa corporal (IMC) > 30 kg/m2

Ésta condición está fuertemente asociada con un mayor riesgo de desarrollar y morir por enfermedades cardiovasculares





FACTORES DE RIESGO

- Alimentación poco saludable
- Inactividad física
- Consumo de tabaco
- Alto consumo de alcohol
- Sobrepeso u obesidad
- Padecer hipertensión-diabetes-hiperlipidemia

SIGNOS DE ALARMA

- Dolor o entumecimiento en el pecho, brazos, hombro izquierdo, mandíbula o espalda.
- Dificultad para respirar
- Fatiga
- Náuseas o vómitos
- Mareos o desmayos, sudores fríos y palidez.





¿COMO PREVENIR LAS ECV?

- Reducir el consumo de alimentos con altos contenidos de grasa(comidas rapidas), azúcar y sal
- Comer frutas y verduras
- Reducir el consumo de alcohol y tabaco
- Realizar actividad física
- Control del estrés
- Si padece de hipertensión o diabetes, cumplir el tratamiento ordenado para mantener controlada la enfermedad
- Mantener un IMC adecuado (18,5-24,9)





ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. (Cardiopatías, arteriopatías, trombosis)

¿Sabías que las Enfermedades Cardiovasculares son la principal causa de muerte en todo el mundo? **Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa**

OBESIDAD

Es definida como un índice de masa corporal (IMC) > 30 kg/m2

Ésta condición está fuertemente asociada con un mayor riesgo de desarrollar y morir por enfermedades cardiovasculares





FACTORES DE RIESGO

- Alimentación poco saludable
- Inactividad física
- Consumo de tabaco
- Alto consumo de alcohol
- Sobrepeso u obesidad
- Padecer hipertensión-diabetes-hiperlipidemia

SIGNOS DE ALARMA

- Dolor o entumecimiento en el pecho, brazos, hombro izquierdo, mandíbula o espalda.
- Dificultad para respirar
- Fatiga
- Náuseas o vómitos
- Mareos o desmayos, sudores fríos y palidez.





¿COMO PREVENIR LAS ECV?

- Reducir el consumo de alimentos con altos contenidos de grasa(comidas rapidas), azúcar y sal
- Comer frutas y verduras
- Reducir el consumo de alcohol y tabaco
- Realizar actividad física
- Control del estrés
- Si padece de hipertensión o diabetes, cumplir el tratamiento ordenado para mantener controlada la enfermedad
- Mantener un IMC adecuado (18,5-24,9)







TERAPIAS DE REEMPLAZO RENAL



HEMODIALISIS

- Catéter venoso central



- Fistula Arteriovenosa

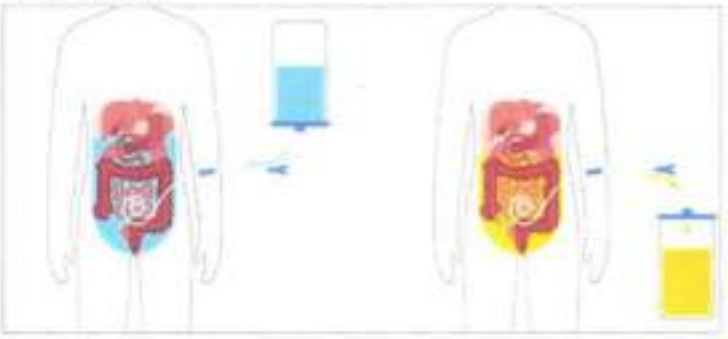


Aneurisma



DIALISIS PERITONEAL





E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.384-7

DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

TEMA O ACTIVIDAD:

Jornada Educativa Sobre Buenos Hábitos en Salud Oral.

LUGAR:

Institución Educativa San Miguel del tigre

POBLACIÒN:

Estudiantes Institución Educativa San Miguel del Tigre.

RESPONSABLE:

DRA: Margarita Isabel Suarez Bohórquez– **Odontóloga**

OBJETIVO:

Educar en el marco del Plan de Intervenciones Colectiva. Realizando jornadas educativas, promoción de la salud y prevención del riesgo en salud oral para estudiante de 5° institución educativa San Miguel del Tigre y área rural; Una buena higiene bucodental ayuda a prevenir la halitosis (mal aliento), la caries dental y las enfermedades de las encías; una buena salud oral nos permite, sonreír hablar y masticar, además es el principal indicador de salud bienestar y calidad de vida. También ayuda a conservar los dientes durante más años.

FORMA DE CONVOCATORIA:

Por medio de WhatsApp, me informa la ingeniera (S.G.S.S.T) que habia hablado con el rector de la institución Jorge Romero, quedando de acuerdo para realizar la actividad el día 3 de junio de 2024 hora 8:00am

DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES:

Las actividades se desarrollan el dia 3 de junio de 2024 en el horario de la mañana en 8:00 am – 9:00 am Institución Educativa san Miguel del Tigre
Se realiza la presentación de la Dra. Margarita Isabel Suarez Bohórquez (Odontóloga),
Se da la apertura de la jornada educativa promoción de la salud y prevención del riesgo en salud oral, sobre los buenos hábitos de salud oral, a cargo de la **Dra. Margarita Isabel Suarez Bohórquez Odontóloga**. Se le explica a los alumnos que

asistieron a la jornada de salud; como realizar el autocuidado de la estructuras bucales, cuáles son los elementos de higiene oral?, se explica cada elemento de higiene oral, cómo se debe realizar un adecuado y correcto cepillado, cómo utilizar la seda dental y para que se utiliza, se realiza énfasis en la frecuencia ideal de cepillado diario, se da una detallada información de los alimentos que se deben y no se deben consumir en altas cantidades para prevenir enfermedades bucales, caries dental (causas, diagnóstico, tratamiento), Durante la ejecución de la actividad los estudiantes que asistieron a la jornada educativa promoción de la salud y prevención del riesgo en salud oral, participaron activamente realizando preguntas, con respecto al tema expuesto, la expositora realiza preguntas a los estudiantes y adultos mayores para hacer más dinámico la jornada y así determinar el grado de asimilación de los temas tratados. Se le entrega un cepillo con el fin de disminuir la incidencia de las caries dentales y enfermedades periodontales. Por último se entrega la planilla a los estudiantes, que asistieron a la jornada educativa, promoción de la salud y prevención del riesgo en salud oral para adultos mayores y personas en situación de discapacidad, sobre los buenos hábitos de salud oral. Para dejar evidencia física por medio del diligenciamiento de estas con firma.

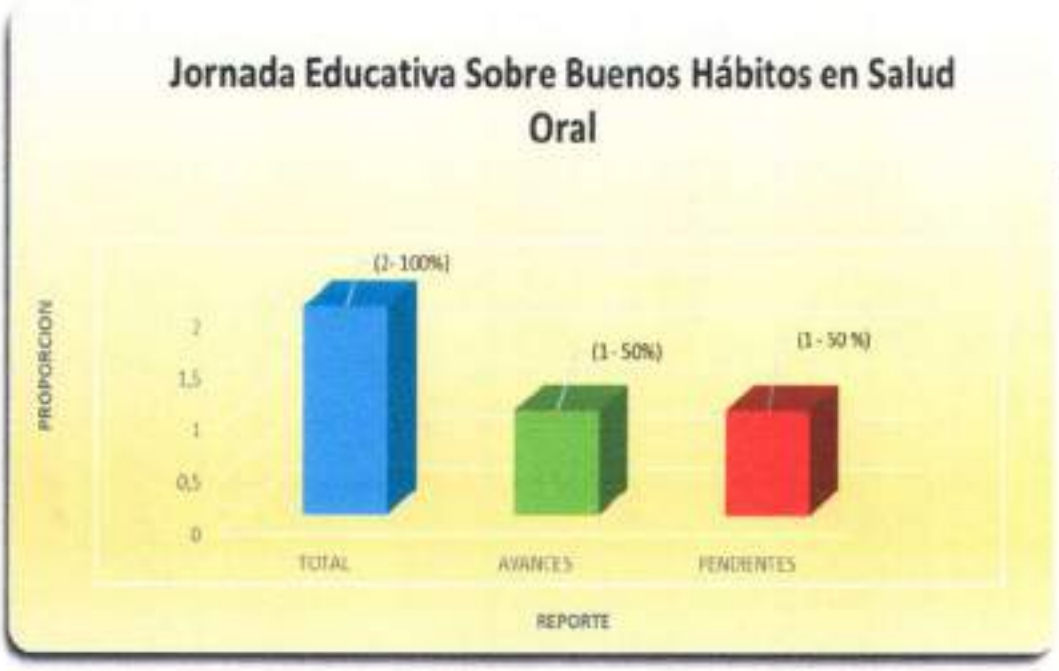
RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ Se alcanzó satisfactoriamente el objetivo propuesto el día 3 de junio de 2024 en las instituciones educativas San Miguel del tigre, área rural.
- ✓ Se observó motivación y un gran interés por parte de los estudiantes, que asistieron a la jornada educativa, sobre los buenos hábitos en salud oral, al dar a conocer sus opiniones con respecto a las enfermedades que pueden deteriorar la salud oral del núcleo familiar en los temas relacionados con enfermedades bucales.
- ✓ Se educó de manera dinámica a los participantes de la jornada educativa, sobre los buenos hábitos de salud oral, resaltando la importancia que tiene el uso de los implementos de higiene oral y la frecuencia adecuada del cepillado, actividad importante en la prevención de las enfermedades bucales.
- ✓ Se explicó detalladamente las enfermedades más prevalentes que afectan las estructuras orales, causas, tratamiento y la manera adecuada de evitar su aparición.
- ✓ Se contó con un espacio óptimo y adecuado para la comodidad de los estudiantes, el aula de clases.

INDICADOR

Total, de Jornadas Educativas Sobre Buenos Hábitos en Salud Oral.En la institución Educativa San Miguel del Tigre 5°, Institución Educativa Luis Eduardo 5°	Número, de Jornadas Educativas Sobre Buenos Hábitos en Salud Oral Institución Educativa San Miguel del Tigre, realizadas	Número, de Jornadas Educativas Sobre Buenos Hábitos en Salud Oral pendientes por realizar
100%	50%	50%
2	1	1

INDICADOR:



ANALISIS

Del total de jornadas educativas sobre buenos hábitos, propuestos para esta actividad (2 jornadas educativas); se realizó 1 en el mes de junio, equivalente al 50%, quedando 1 jornadas pendientes por realizar, equivalente al 50% de la actividad total.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 900.014.884-7

INFORME CUANTITATIVO:

LUGAR	CANTIDAD
Centro San Miguel del Tigre	27 personas
Total	**27 personas**

CONDICION	CANTIDAD
Discapacidad	0 personas
Victima	0 personas
Negritudes/ afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna de las anteriores	27 personas
Total	**27 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	12 personas
Mujer	15 personas
Total	**27 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5 a 11 años	24 personas
12 a 26 años	3 personas
27 a 50 años	personas
Mayor de 50 años	personas
Total	**27 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	0 personas
Rural	27 personas
Total	**27 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 890.914.884-7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS









Margarita Isabel Suarez Bohórquez
Odontóloga

Municipio de Santa Rosa de Osos	GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO	Código:	
		Fecha de Aprobación:	
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
		Página:	Pag 1 de 1

784

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Jornada educatwa sdore buenos habitos en salud Oral.	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 003-2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Margarita Suarez Odontologa		
FECHA:	31 Junio 2024		

Nro	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Joseantonio villaona.	V		10	1096237150							X				3227319174		Jose Antonio
2	valerin yiseth yepezcaños		X	11	1096809364							X				3104861015		Valeryn y.
3	Jhan Fredy pinzon Monroy	X		13	1096800877							X				3204933236		Jhanfredy.
4	Jesus adrian crespo nieves	X		12	58 40170							X				3132895421		jesus adrian.
5	dilan Samuel perez Ngua	X		10	1082496365							X				No tiene		dilan Samuel
6	Keilly Melissa Granados		X	10	1042213225							X				3209775248		Kellymeliss
7	Esteban Perez Marengo	X		11	1096809357							X				3202591243		Esteban Pe
8	Daniela Sanchez Guevara		X	10	1321960588							X				No tiene		daniela
9	yireth Daniela Guevara Q.		X	9	1096238860							X				No tiene		Yireth Daniela
10	Sergio Luis Sanchez chavez	X		10	1096235701							X				3125922702		Sergio Sanchez
11	Luis angel Giraldo	X		10	1092213671							X				No tiene		Luis angel
12	Jauren Lerma lopez		X	10	1185469030							X				No tiene		Jauren Lerma
13	Nicolas Florez.	X		10	1097201256							X				3145811959		Nicolas Florez
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestación. 5. Comunidades Indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.Ninguno pertenece a ninguno de los anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno	Revisó: Secretaría de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG. MUNICIPIO DE PONDO ***

Hijos de familias educativas saludables

Municipio de Venecia Antioquia

GESTION DE ATENCIÓN CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Codigo:	P-PS-GAC-GAM-10
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Version:	2
Pagina:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada educativa sobre buenos habitos en salud Oral

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Margarita Suarez odontologa.

FECHA: 3/Junio/2024

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Ana Isabel Saimiento		x	12	1096810173							x	Institucion educativa Santiguelo		Estudiantes	3115683738		
2	Victoria Camarna Rodriguez		x	10	1096811643							x				3112398829		
3	Luis David Nuñez lopez	x		12	1066243049							x				3102674688		
4	Dilan Jose arrieta Rojas	x		11	1096235863							x				3123224108		
5	Laura Siluana Archila F.		x	11	1097200339							x				No refiere		
6	Valerin Sofia lerma		x	9	1096811670							x				3028770155		
7	Brenda Luz arroyo Jimenez		x	14	1037452335							x				No refiere		
8	Luis Santiago Miranda	x		10	1042113712							x				3212681870		
9	Babella Sanchez Guzman		x	9	1042213884							x				3103546184		
10	Leandro arturo lopez E.	x		10	1097201133							x				3112542421		
11	Dana Michel Suarez M.		x	11	1096804680							x				3142858359		
12	Valeria perez Florez	x		10	1097202070							x				No refiere		
13	Isabella alvarez	x		10	1096238198							x				3143221738		
14	Matias zabala Rincon		x	10	1042213724							x				3124219190		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negrado/a/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.384-7

DIMENSIÓN DIMENSION DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLE

TEMA:

Visitas casa a casa para informar y educar en realización de autoexamen de mama a fin de diagnóstico precoz de cáncer de mama y cuello uterino y promoción de examen de próstata.

LUGAR:
Barrios del municipio

POBLACIÓN:

Juventud, adultez y Vejez

RESPONSABLE:

Angelica Cujar Moreno, enfermera jefe y Rafael Hernán Ospino Mármol, auxiliar de enfermería

OBJETIVO:

Aumentar la conciencia y el conocimiento de la comunidad sobre la prevención del cáncer de mama, cuello uterino y próstata, con el fin de reducir la morbi-mortalidad por cáncer de mama, de cuello uterino y próstata.

FORMA DE CONVOCATORIA:

Visita casa a casa a los barrios del municipio.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

La actividad se realizó el 18 y 19 de junio barrio brisas del oriente y el 20 de junio barrio 25 de enero, durante el día se visitó casa a casa dando cumplimiento al programa de Intervenciones colectivas (PIC) convenio 003-2004. Al llegar a las viviendas, se realiza la presentación personal y se da a conocer el objetivo de aumentar la conciencia sobre la prevención del cáncer de mama, cuello uterino y próstata. La actividad incluyó sesiones informativas sobre los signos de alarma, opciones de tratamiento y la importancia de la detección temprana a través de exámenes y prácticas preventivas.

Referente al tema de cáncer de mama, se informó a los participantes sobre los principales signos de alarma del cáncer de mama, que incluyen cambios en el tamaño o forma del seno, aparición de bultos, secreción del pezón y enrojecimiento o descamación de la piel; se explicó que los tratamientos pueden incluir cirugía, radioterapia, quimioterapia y terapia hormonal, dependiendo del estadio y tipo del cáncer y se realizó una demostración práctica sobre cómo realizar el autoexamen de mama mensualmente, enfatizando su importancia para la detección temprana de posibles anomalías.

En la información brindada sobre el cáncer de cuello uterino se destacaron los signos como el sangrado vaginal anormal, flujo vaginal inusual y dolor pélvico y se resaltó la importancia de la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) como una medida preventiva crucial. Se proporcionó información sobre cómo y dónde obtener la vacuna, promocionando el Plan Ampliado de Inmunización del hospital Héctor Abad Gómez. En el tema de cáncer de próstata los participantes fueron informados sobre signos como problemas urinarios, sangre en la orina o semen, y dolor en la cadera, espalda baja o piernas; además, se promovió el acceso y la importancia de realizarse exámenes prostáticos regulares, especialmente para hombres mayores de 50 años, para la detección temprana del cáncer de próstata.

Se distribuyeron folletos y guías que detallaban los pasos para realizar el autoexamen de mama, la importancia de la vacunación contra el VPH y los beneficios del examen prostático regular. Se indica la ruta de atención, en caso de presentar algún síntoma de esta enfermada, dirigirse a la ESE Hospital Héctor Abad Gómez, donde será atendido en los horarios estipulados.

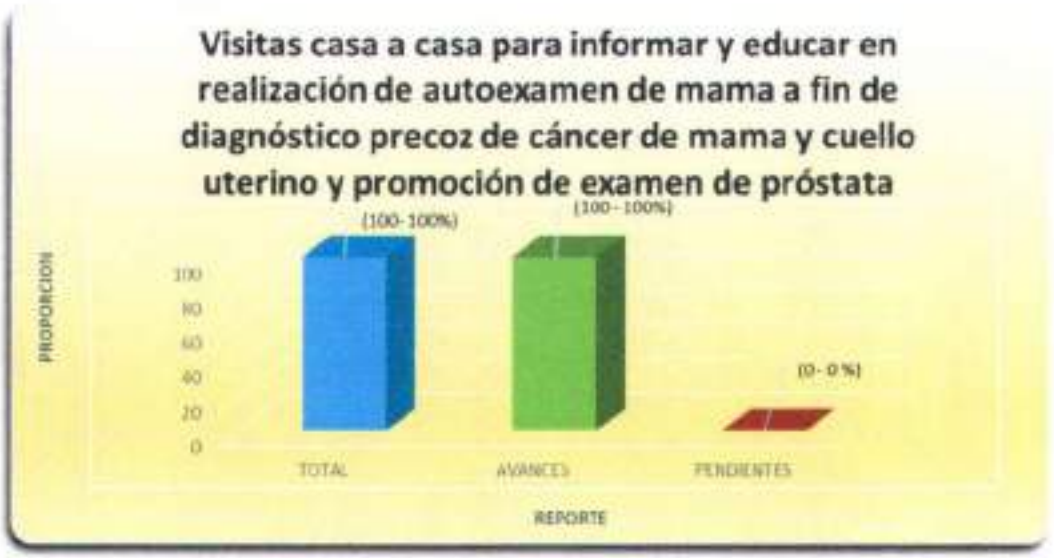
RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ Se logra realizar sensibilización de prevención de cáncer de mama, cuello uterino y promoción del examen de próstata mayores de 50 años.
- ✓ Se visito a los hogares, de los barrios llevando la información necesaria para la prevención oportuna de esta enfermedad.
- ✓ Incremento en el Conocimiento y Conciencia
- ✓ Promoción de la Vacunación contra el VPH
- ✓ Fomento de la Detección Temprana

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INDICADOR:

Número total de Visitas casa a casa para informar y educar en realización de autoexamen de mama a fin de diagnóstico precoz de cáncer de mama y cuello uterino y promoción de examen de próstata.	Número total de Visitas casa a casa para informar y educar en realización de autoexamen de mama a fin de diagnóstico precoz de cáncer de mama y cuello uterino y promoción de examen de próstata. Realizadas	Número total de Visitas casa a casa para informar y educar en realización de autoexamen de mama a fin de diagnóstico precoz de cáncer de mama y cuello uterino y promoción de examen de próstata. pendientes por realizar
100	100	0
100%	100%	0%



ANÁLISIS

De la cantidad de visitas a realizar que son 100, Visitas casa a casa para informar y educar en realización de autoexamen de mama a fin de diagnóstico precoz de cáncer de mama y cuello uterino y promoción de examen de próstata. Se ejecutó el 25% en el mes de mayo y el 75% en el mes de junio, lo que indica que se dio cumplimiento al 100% de la actividad.

INFORME CUANTITATIVO:

LUGAR	CANTIDAD
25 de enero y brisas del oriente	75 personas
Total	**75 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	2 personas
Victima	26 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	47 personas
Total	**75 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	23 personas
Mujer	52 personas
Total	**75 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	7 personas
27-50 AÑOS	27 personas
Mayor de 50 AÑOS	41 personas
Total	**75 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	75 personas
Rural	0 persona
Total	**75 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA:



ANGELICA CUJAR MORENO
Enfermera jefe

RAFAEL HERNAN OSPINO MARMOL
Auxiliar de Enfermería

791

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, 29 abril 2024

Señor (a)
KATERINE GIL
Presidente de Junta de Acción Comunal
Barrio 25 de Enero

Asunto: Solicitud de autorización para la ejecución de visitas casa a casa

Por medio de la presente se solicita autorización para ingresar al barrio 25 de enero con el propósito de realizar visitas casa a casa para brindar educación sobre prevención de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y cáncer de próstata. Actividad contenida en el anexo técnico del Plan intervenciones colectivas-PIC convenio 003-2024

- Visitas casa a casa para informar y educar en realización de autoexamen de mama a fin de diagnóstico precoz de cáncer de mama y cuello uterino y promoción de examen de próstata.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

MODALIDAD: Visitas casa a casa
FECHA: 29 y 30 de mayo de 2024
HORA: 8:00 am 12:00 m

Rdo Asistirá 61
9/5/2024
H: 8:00
Presidente

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente de la ESE Hospital Héctor Abad Gómez

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

Saludable y Competitiva

792

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, 29 abril 2024

Señor (a)
JAZMIN ALVEAR
Presidente de Junta de Acción Comunal
Villa Maria

Asunto: Solicitud de autorización para la ejecución de visitas casa a casa

Por medio de la presente se solicita autorización para ingresar al barrio Villa María con el propósito de realizar visitas casa a casa para brindar educación sobre prevención de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y cáncer de próstata. Actividad contenida en el anexo técnico del Plan intervenciones colectivas-PIC convenio 003-2024

- Visitas casa a casa para informar y educar en realización de autoexamen de mama a fin de diagnóstico precoz de cáncer de mama y cuello uterino y promoción de examen de próstata.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

MODALIDAD: Visitas casa a casa
FECHA: 28 de mayo de 2024
HORA: 8:00 am 12:00 m

3552495
Vicepresidenta
J.A.C. Villa Maria

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente de la ESE Hospital Héctor Abad Gómez

793

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, 29 abril 2024

Señor (a)
JAIRO CARDONA
Presidente de Junta de Acción Comunal
Barrio Brisas del Oriente

Asunto: Solicitud de autorización para la ejecución de visitas casa a casa

Por medio de la presente se solicita autorización para ingresar al barrio Brisas del Oriente con el propósito de realizar visitas casa a casa para brindar educación sobre prevención de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y cáncer de próstata. Actividad contenida en el anexo técnico del Plan intervenciones colectivas-PIC convenio 003-2024

- Visitas casa a casa para informar y educar en realización de autoexamen de mama a fin de diagnóstico precoz de cáncer de mama y cuello uterino y promoción de examen de próstata.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

MODALIDAD: Visitas casa a casa
FECHA: 31 de mayo de 2024
HORA: 8:00 am 12:00 m

Atentamente,

Recibí Yonka para 09-May-2024 Hora 5:43pm

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente de la ESE Hospital Héctor Abad Gómez

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

Saludable y Competitiva

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, 29 abril 2024

Señor (a)
ALBEIRO RAMOS
Presidente de Junta de Acción Comunal
Barrio El Prado

Asunto: Solicitud de autorización para la ejecución de visitas casa a casa

Por medio de la presente se solicita autorización para ingresar al barrio El Prado con el propósito de realizar visitas casa a casa para brindar educación sobre prevención de cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y cáncer de próstata. Actividad contenida en el anexo técnico del Plan intervenciones colectivas-PIC convenio 003-2024

- Visitas casa a casa para informar y educar en realización de autoexamen de mama a fin de diagnóstico precoz de cáncer de mama y cuello uterino y promoción de examen de próstata.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas.

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

MODALIDAD: Visitas casa a casa
FECHA: 27 de mayo de 2024
HORA: 8:00 am 12:00 m

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente de la ESE Hospital Héctor Abad Gómez

Rcb 5:23pm
9/05/2024

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-GAM-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

795

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Visita casa a casa para educar en la realización del autoexamen de mama, cuello uterino y promocion de examen de Prostata

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Rafael Espino y Angelica Cujas

FECHA: 20 de junio - 2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Claret M. Rodriguez		X	35	1036221767		X						25 de Enero		Amadecara	3017605410		
2	Marbol Castillon		X	60	39640570							X	25 de Enero		Amadecara	3006769860		
3	Maybelli Amaris		X	31	1096217602							X	25 de Enero		Amadecara	3006769460		
4	Nelson Cardenas	X		39	15452465		X						25 de Enero		Operador	3228401415		
5	Karol Ocampo		X	32	1096215103							X	25 de Enero		Independiente	3214671217		
6	Gustavo Cuadro	X		42	3.133298		X						25 de Enero		Ornamentador	3.No tiene		
7	Manuel Cardona	X		29	1042212668		X						25 de Enero		Soldador	3165188158		
8	Alexander Cuadro	X		42	3133297							X	25 Enero		Soldador	3162747457		
9	Deniz Tapias		X	55	30504247							X	25 Enero		Modista	3123473814		
10	Jose Libonio Bedoya	X		54	7251990							X	25 de Enero		Enfermero	3118291282		
11	Luz Mary Flores		X	63	28077222							X	25 de Enero		Ama de casa	3123445217		
12	Laura Ortiz		X	30	1001814469							X	25 de Enero		Arquitecta	3222431619		
13	Triunfo Gutierrez G.	X		52	15451758							X	25 de Enero		Conductor	No tiene		
14	Israel Diaz	X		58	3557724							X	25 de Enero		Independiente	3214075137		
15	Yesenia Guerrero		X	30	1042213221							X	25 de Enero		Ama de casa	3133521623		
16	Yaneth Payon		X	48	63467900							X	25 de Enero		Ama de casa	3015709242		
17	Ali Romero		X	19	1042210245							X	25 de Enero		Estudiante	3124547167		
18	Wendy T. Vanegas		X	31	1096218194							X	25 de Enero		Ama de casa	7133796761		
19	Liberth Cuadros Robles		X	29	1104134917							X	25 de Enero		Manicurista	3203436299		
20	Romelia Ruiz		X	52	63459526							X	25 de Enero		Ama de casa	3212005671		
21	Wendy Quiroz		X	23	1005182006							X	25 Enero		Ama de casa	3193628991		
22	Angie Parra		X	27	1096242698							X	25 Enero		Ama de casa	3225171298		
23	Olga Flores Montes		X	63	32691180							X	25 de Enero		Ama de casa	3125125379		
24	Olga Lucia Ospina Flores		X	28	1002465580	X							25 Enero		Ama de casa	3125125379		
25	Ana Rosa Vergara		X	75	1042210731	X							25 Enero		Ama de casa	No tiene		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG. MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Yarumal Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PR-CAC-DAM-09
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Paginas:	Pag 1 de 1

796

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Visita casa a casa para educar en la realización del autoexamen de mamas y cuello uterino y promocion de examen de prostata

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Rafael Ospina y Angelica Cujar

FECHA: 18 y 19 de junio 2024

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Martha Catalina Hernandez		x	31	1042220956		x						Barrio de la		Independiente	3154203402		Martha Catalina
2	Kelly Johana Alarcon M.		x	26	1005241538		x						Barrio de la		Ama de casa	3178576026		Kelly Alarcón
3	Esmeralda Hernandez		x	52	63460352		x						Barrio de la		Ama de casa	3153042757		Esmeralda Hernandez
4	Ligia Esther Diaz Acevedo		x	46	63472266		x						Barrio de la		Ama de casa	3204010117		
5	Alexandra Correa		x	58	51904154							x	Barrio de la		Ama de casa	3177396818		
6	Vicente Mora	x		64	91320183		x						Barrio de la		Piloto p.	3107983867		
7	Karol Jimena Munoz		x	18	1042210666		x						Barrio de la		Ama de casa	3187374865		Karol Muñoz
8	Jose Arroyo	x		83	5586995		x						Barrio de la		O. varios	3226418254		Jose Arroyo
9	Elizabeth Segura		x	62	37925957		x						Barrio de la		Ama de casa	3026085695		Elizabeth
10	Yeini E. Sanpayo V.		x	30	1096225804		x						Barrio de la		Ama de casa	3023428189		Yeini Valla
11	Luz Elena Diaz A		x	43	37515860		x						Barrio de la		Ama de casa	3114639296		
12	Yenis Vallazon Acuna		x	44	30870953		x						Barrio de la		Ama de casa	3157389155		Yenis VA
13	Oladis Bayuel		x	60	63466924		x						Barrio de la		Ama de casa	3143195171		Oladis R
14	Yuri Berrio Bayuel		x	37	1096188687		x						Barrio de la		Ama de casa	3104182145		Yuri B.
15	Alba Moyano M		x	44	63469975							x	Barrio de la		Ama de casa	3152101381		Alba Moyano
16	Raquel Martinez		x	53	21950085							x	Barros		Aseo	3172458699		
17	Johanna Londoño	x		54	91436763							x	Barrio de la		Independiente	3156447716		
18	Francisco Rodriguez	x		67	13891929							x	Barrio de la		O. varios	3125276110		
19	Martha Perez		x	52	63460482							x	Barrio de la		Ama de casa	3204166966		
20	Elvia Rosa		x	65	45975145	x							Barrio de la		Ama de casa	3107751459		Elvia Rosa
21	Edelmiges Vargas		x	73	23896006	x							Barrio de la		Ama de casa	3106180001		Edelmiges Vargas
22	Haidy Perez		x	34	1042211788	x							Barrio de la		Ama de casa	3204084645		Haidy Perez
23	Misael Delgado	x		74	5932643							x	Barrio de la		O. varios	3132942684		
24	Jesus Antonio Padilla	x		54	15451660							x	Barrio de la		O. varios	3138014203		
25	Hector Posada	x		64	71.181.354	x							Barrio de la		O. varios	3155454618		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	1-PE-GAC-DAM-08
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Páginas:	Pag 1 de 1

797

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Visita casa a casa para educar en la realización del autoexamen de mamar, cuello uterino y promoción de examen de prostata

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Rafael Ospino y Angelica Cujar

FECHA: 18 y 19 de junio - 2024

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Yadira Beltrán		x	28	1042203762		x						Barrio de Jesús		Ama de casa	3143689483		
2	Oswaldo Díaz Rojas	x		52	15451962							x	Barrio de Jesús		A. practico	3001772085		
3	Luis Ernesto Balaguera	x		58	3557571							x	Barrio de Jesús		Ingeniero	3557571		
4	Giselle Ibarra Bran		x	22	1001815978							x	Barrio de Jesús		Ama de casa	3112227500		
5	Pedro Julio Fajardo Prieto	x		82	5.591233							x	Barrio de Jesús		Obrero	3157817705		
6	Francisco Ayala Perez		x	61	21949547							x	Barrio de Jesús		Ama de casa	3157812120		
7	Alvaro Olaya	x		66	13893054							x	Barrio de Jesús		Celador	3147813691		
8	Rafael Camargo	x		64	3557358							x	Barrio de Jesús		Soldador	3144541038		
9	Yohana Chacon		x	42	21950435							x	Barrio de Jesús		Ama de casa	3022428261		
10	Edilson Fernandez	x		59	3557735		x						Barrio de Jesús		Obrero	3133863350		
11	Yuliana Guerrero		x	41	37546322							x	Barrio de Jesús		Ama de casa	3167146084		
12	Mabel Simanca		x	18	1042210646							x	Barrio de Jesús		Ninguna	3214433037		
13	Sergio Antonio Ortega	x		63	13893415							x	Barrio de Jesús		Comerciante	3054581447		
14	Luz Marina Herrera Campo		x	68	63471113							x	Barrio de Jesús		Ama de casa	3204870417		
15	Miguel Calle	x		78	70058298							x	Barrio de Jesús		Obrero	3013739370		
16	Francy M. Cañizales		x	26	1111204952							x	Barrio de Jesús		Ama de casa	3129491865		
17	Jazmin Chinchilla		x	46	21950400		x						Barrio de Jesús		Ama de casa	3128667155		
18	Eunice Vera		x	55	21949945							x	Barrio de Jesús		Ama de casa	3200743518		
19	Zorany Valencia		x	53	21950081							x	Barrio de Jesús		Ama de casa	3155814053		
20	Gabriel Campacha	x		74	13876923							x	Barrio de Jesús		Obrero	3225077599		
21	Edilia Ibarra		x	42	27515300							x	Barrio de Jesús		Vendedora	3189210163		
22	Paola Palacio Valencia		x	43	35894192		x						Barrio de Jesús		Ama de casa	3206487959		
23	Luz Marina Valencia Lopez		x	65	37923870							x	Barrio de Jesús		Ama de casa	3108597325		
24	Ana Maria Palacios		x	16	1032013714		x						Barrio de Jesús		Estudiante	3174267488		
25	Deisy Rodriguez Ramos		x	40	37518895							x	Barrio de Jesús		Ama de casa	3107677765		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazados, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores

Elaboro: Secretaría de Gobierno	Revisó: Secretaría de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDO ***

¿CANCER ?

Enfermedad caracterizada por el crecimiento anormal y desordenado de células que conduce a la aparición de un tumor maligno



El cáncer es un asunto de todos

Plan de Intervenciones Colectivas (PIC)



En Colombia, los cánceres que más afectan la salud sexual y reproductiva y que constituyen las principales causas de muerte de hombres y mujeres son: en las mujeres el cáncer de mama y cuello uterino y en los hombres el cáncer de próstata

CA DE CUELLO UTERINO



Agente causal en la mayoría de los casos: el virus del papiloma humano (VPH)

Prevención: El **Programa Ampliado de Inmunización (PAI) cuenta con la vacuna contra el VPH,** dirigida a niñas de cuarto año escolar con edad mayor o igual a 9 años o más, hasta el grado 11, al igual que a todas las mujeres no escolarizadas desde los 9 años hasta los 17 años

Esquema de vacunación contra el VPH: 2 dosis

- **Primera dosis:** Fecha elegida
- **Segunda dosis:** a los 6 meses despues de la primera dosis

A partir de los 25 años a través de la citologia de cuello uterino

DETECCIÓN TEMPRANA CA DE MAMA

- **Autoexamen de mama:** La mujer realiza palpación una vez al mes de sus propios senos buscando anomalias en su tamaño o forma

- **Examen clinico de mama:** Se recomienda que las mujeres mayores de 20 años se realicen un examen clinico de la mama por lo menos cada tres años y que a partir de los 40 años, aumente la frecuencia del examen una vez al año. Lo realiza un profesional de la salud.

- **Mamografia:** cada dos años a toda mujer entre 50 y 69 años de edad.



CA DE PRÓSTATA



Signos y sintomas del cáncer de próstata:

- **Dificultad para orinar**
- **Sangre en la orina o en el semen**
- **Dolor al eyacular u orinar**

Las pruebas utilizadas para la detección temprana del cáncer de próstata son:

- **El examen del antigeno prostático (PSA)**
- **Tacto rectal, en hombres mayores de 50 años.**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

TEMA:
Establecer equipos de Actividad Fisica previa valoración nutricional en el área urbana del municipio con grupos poblacionales: Pacientes con enfermedades crónicas, gestantes, niños, adolescentes y jóvenes, adultos jóvenes para el manejo del tiempo libre. Esta actividad la realizará una persona con experiencia en el desarrollo de actividades fisica.

LUGAR

Esta actividad se realizó en los diversos lugares dependiendo el grupo poblacional; Con los adultos jóvenes en la zona de parqueo y alrededor del coliseo Benito Arias, con los pacientes con enfermedades crónicas en las instalaciones del Centro Vida Canitas Savias y grupos de adulto mayor área rural y con los niños en La institución educativa Luis Eduardo Diaz sesión primaria y el CDI, y las madres gestantes en el Hospital H.A.G.

POBLACIÓN

La población a intervenir en este programa son los Pacientes con enfermedades crónicas, niños, adolescentes y jóvenes y adultos jóvenes del municipio de Yondó - Antioquia.

RESPONSABLE

Alfonso Fajardo Pérez – Instructor Fisico

OBJETIVO GENERAL

Promover los hábitos y estilos de vida saludables, así como también prevenir enfermedades a través de las prácticas de ejercicios fisicos que vayan encaminados, en tener una mejor calidad de vida, tanto en pacientes con enfermedades crónicas, gestantes, adolescentes y adultos jóvenes, ubicados en el área urbana del municipio de Yondó, por medio del plan de intervenciones colectivas PIC, durante la vigencia del año 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Tratar de contrarrestar las grandes cifras de morbi-mortalidad en los diversos grupos poblacionales en el municipio de Yondó.
- ✓ Promover en la comunidad los buenos hábitos de estilo de vida saludables con el objetivo de contrarrestar posibles enfermedades crónicas.
- ✓ Incentivar y fomentar en la población Yondosina para que practique actividad fisica y tratar que se incorporen a los diversos programas por medio de

actividades como: Aeróbicos, Rumba aeróbica, Gimnasia de mantenimiento, Pilates, Zumba, Trabajo de fortalecimiento, Ejercicios psicoprofiláctico, Spinning, Caminata ecológica, Recreación, Lúdica activa, Juegos cooperativos.

CONVOCATORIA:

Para este mes de junio se logró convocar a personas con enfermedades crónicas, se hizo mediante consulta sobre las personas que hacen parte del programa y control sobre las enfermedades del riesgo cardiovascular del hospital Héctor Abad Gómez, al igual cual la mayoría son adultos mayores que ingresan a este mismo programa, y de esta manera fueron citados en el centro vida para posteriormente realizar estas actividades en este lugar, también se trabajaron algunos pacientes con enfermedad crónica del área rural. Y con los adultos jóvenes la convocatoria fue abierta emitida en redes sociales y la voz a voz en toda la comunidad, invitándolos a participar en las jornadas de actividad física y esparcimiento, y con los niños se coordinó con los docentes del Liceo Luis Eduardo Diaz y los docentes del C.E, R de San Luis Beltrán y la Laguna del Miedo, en el caso de las mujeres gestantes se realizó actividad con las que se encuentran en programas y controles del Hospital Héctor Abad Gómez.

Las actividades fueron desarrolladas los días:

Pacientes con enfermedad crónicas el día: 3, 5, 7, 10 y 19, 21, 24, 25 y 27 de junio

Adultos jóvenes el día: 12, 14, 17 y 19 de junio

Niños, adolescente y jóvenes: 3, 4, 24 (1) y 24 (2) de junio.

Madres gestantes: 13 y 20 de junio

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Para el desarrollo de todas las sesiones de actividad física con estos cuatro grupos poblacionales durante este mes de mayo hicimos un trabajo más de adaptación al ejercicios y de aumento progresivo lento en las cargas y dosificación con todos ellos, nuestro trabajo se resaltó mucho en la población con enfermedades crónicas, con los cuales realizamos ejercicios que busquen una mejor forma de controlar la enfermedad que ya padecen, pero teniendo en cuenta esa morbilidad persistente, con todos ellos realizamos: el trabajo de fuerza, caminata ecológica, trabajo cardiovascular por medio de las actividades rítmicas, también trabajo funcional y trabajo recreativo, utilizando herramientas y pequeños elementos para la práctica, tales como: bastones, pelotas de letras, conos, ulas ulas, lazos, mancuernas y el Trabajo de auto carga entre otras opciones.

Todo esto se realiza con las intenciones de mejorar esas condiciones de salud, ya que es grupo poblacional con muchas comorbilidades, pero al igual el trabajo que se lleva a cabo con ellos es un trabajo más funcional, y más propioceptivo, pero al igual un trabajo más cardiovascular por ello recurrimos a las clases de rumba aeróbica, artes marciales aplicadas al fitness, aeróbicos y trabajo en circuitos funcionales; todo esto buscando fortalecer el cuerpo y prevenir diversas patologías.

En el trabajo de actividad física que se hace con de las madres gestante durante este mes de mayo no cumplió a cabalidad debido a que fueron citadas las madres y no asistieron para el desarrollo de la misma.

Con los adolescentes y jóvenes se realizó un trabajo con el objetivo de mejorar esa resistencia cardiorrespiratoria muy enfocada al aumento y mejoramiento del volumen máximo de oxígeno (VO2), esto con las intenciones de poder optimizar esta capacidad física en los jóvenes, y poderla llevar a niveles máximos para su bienestar y una buena salud en su futuro. Al igual también se trabajó en ejercicios de fuerza con el peso del mismo cuerpo y con auto cargas, también con ejercicios enfocados a fortalecer todo el tren inferior, tren superior y zona core, el objetivo de convertir el ejercicio y la actividad física en un elemento protector de la salud en los jóvenes.

RESULTADOS Y LOGROS:

Durante este periodo del mes de junio se ha podido cumplir con las expectativas y con las acciones pertinentes frente a la convocatoria, ya que los usuarios cumplieron con esa asistencia. En ámbito de la de la actividad física se dice que las personas con enfermedades crónica son unos de los grupos poblacionales más privilegiados y beneficiados con estas actividades, lo cual con estas se previenen dolores articulares, inflamaciones de tejidos blandos, y/o se logra controlar y darles una mejoria a esas enfermedades al corazón; pero desde otro punto de vista se busca mayor integración y socialización entre estas personas, disminuyendo además el estrés y enfermedades psiquiátricas o mentales

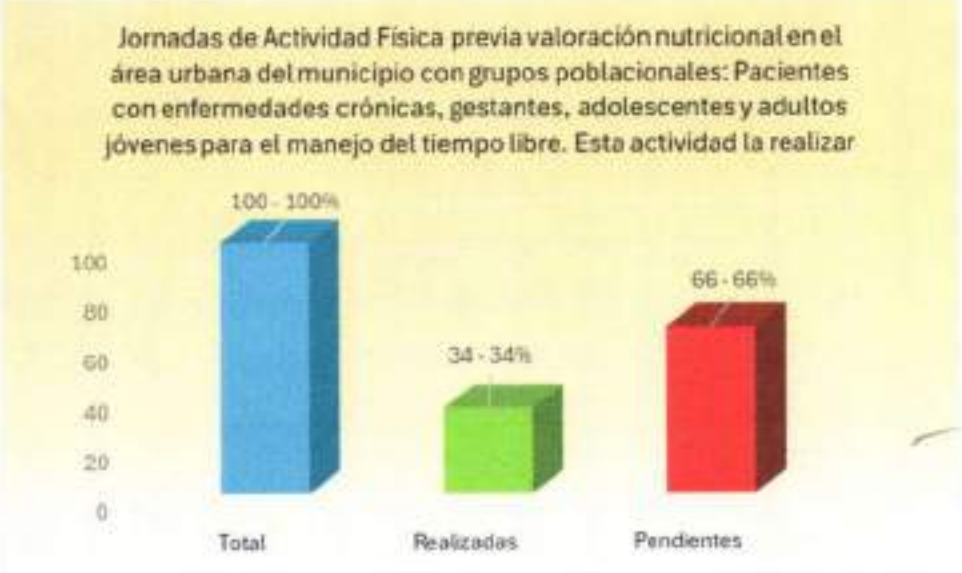
E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INDICADOR:

Jornadas de Actividad Física previa valoración nutricional en el área urbana del municipio con grupos poblacionales: Pacientes con enfermedades crónicas, gestantes, adolescentes y adultos jóvenes para el manejo del tiempo libre. Esta actividad la realizará una persona con experiencia en el desarrollo de actividades física.		
Total	Realizadas	Pendientes
100	34	66
100%	34%	66%

ANALISIS

Como se observa en la gráfica, de las 100 (100%) actividades físicas bajo previa valoración nutricional en el área urbana del municipio con pacientes con enfermedades crónicas, gestantes, adultos jóvenes y adolescentes-jóvenes para el manejo del tiempo libre se ejecutaron 34 (34%), quedando pendientes por realizar 66 (66%).



E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INFORME CUANTITATIVO:

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (3 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CENTRO VIDA CANITAS SABIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	1 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	24 personas
Total	**25 personas**

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	03 personas
Mujer	22 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (5 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CENTRO VIDA CANITAS SABIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	1 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	24 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	09 personas
Mujer	16 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (7 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CENTRO VIDA CANITAS SABIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	23 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	08 personas
Mujer	17 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (10 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CENTRO VIDA CANITAS SABIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	23 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	03 personas
Mujer	22 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

907

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (19 de junio).

LUGAR	CANTIDAD
CENTRO VIDA CANITAS SABIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	23 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	03 personas
Mujer	22 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (21 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CENTRO VIDA CANITAS SABIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	23 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	08 personas
Mujer	17 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (24 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CASETA SAN LUIS BELTRAN	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	5 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	20 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	14 personas
Mujer	11 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	00 personas
Rural	25 personas
Total	25 personas

810

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (25 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
POLIDEPORTIVO EL TIGRE	23 personas
Total	23 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	21 personas
Total	23 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	11 personas
Mujer	12 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	23 personas
Total	23 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	0 personas
Rural	23 personas
Total	23 personas

811

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (27 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CASETA VEREDA X 10	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	4 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	21 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	11 personas
Mujer	14 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	00 personas
Rural	25 personas
Total	25 personas

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

PACIENTES ADULTO JOVEN (12 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
COLISEO BENITO ARIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	3 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	22 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	01 personas
Mujer	24 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	2 personas
27-50 AÑOS	22 personas
Mayor de 50 AÑOS	1 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

813

PACIENTES ADULTO JOVEN (14 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
COLISEO BENITO ARIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	1 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	24 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	01 personas
Mujer	24 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	3 personas
27-50 AÑOS	21 personas
Mayor de 50 AÑOS	1 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

PACIENTES ADULTO JOVEN (17 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
COLISEO BENITO ARIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	4 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	21 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	01 personas
Mujer	24 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	3 personas
27-50 AÑOS	20 personas
Mayor de 50 AÑOS	2 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

815

PACIENTES ADULTO JOVEN (19 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
COLISEO BENITO ARIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	**CANTIDAD**
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	23 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	01 personas
Mujer	24 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	5 personas
27-50 AÑOS	18 personas
Mayor de 50 AÑOS	2 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

816

PACIENTES MADRES EN GESTACION (13 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
HOSPITAL H.A.G.	20 personas
Total	20 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	7 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	13 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	0 personas
Total	20 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	0 personas
Mujer	20 personas
Total	20 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	12 personas
27-50 AÑOS	08 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	20 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	20 personas
Rural	00 personas
Total	20 personas

817

PACIENTES MADRES EN GESTACION (20 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
HOSPITAL H.A.G	20 personas
Total	20 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	8 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	12 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	0 personas
Mujer	20 personas
Total	20 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	16 personas
27-50 AÑOS	4 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	20 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	20 personas
Rural	00 personas
Total	20 personas

818

PACIENTES NIÑOS (3 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CDI	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	0 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	25 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	15 personas
Mujer	10 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	22 personas
5-11 AÑOS	3 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

819

PACIENTES NIÑOS (4 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
PARQUEADERO COLISEO	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	**CANTIDAD**
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	1 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	24 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	15 personas
Mujer	10 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	1 personas
5-11 AÑOS	24 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

820

PACIENTES NIÑOS (24 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CDI	22 personas
Total	22 personas
CONDICIÓN	**CANTIDAD**
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	20 personas
Total	22 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	15 personas
Mujer	7 personas
Total	22 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	22 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	22 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	22 personas
Rural	00 personas
Total	22 personas

PACIENTES NIÑOS (24 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CDI	22 personas
Total	22 personas
CONDICIÓN	**CANTIDAD**
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	0 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	22 personas
Total	22 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	13 personas
Mujer	9 personas
Total	22 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	21 personas
5-11 AÑOS	1 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	22 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	22 personas
Rural	00 personas
Total	22 personas

822

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (3 de junio)




PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (5 de junio)




PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (7 de junio)




82

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (10 de junio)





PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (19 de junio)





PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (21 de junio)



824



PACIENTES CON ENFERMEDADES



CRONICAS (24 de junio)

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (25 de junio)





PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (25 de junio)



825



ADULTOS JOVENES (12 de junio)



ADULTOS JOVENES (14 de junio)





ADULTOS JOVENES (17 de junio)





826

ADULTOS JOVENES (19 de junio)





GESTANTES (13 de junio)





GESTANTES (13 de junio)





82

POBLACION ESCOLAR (3 de junio)





POBLACION ESCOLAR (4 de junio)





POBLACION ESCOLAR (24 de junio)





E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

POBLACION ESCOLAR (24 de junio)





ALFONSO FAJARDO PÉREZ
Instructor Físico

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código	7-PE-GAC-DAM-01	829
Fecha de Aprobación	21/02/2024	
Versión	3	
Páginas	Pag 1 de 1	

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con madres gestantes · DEPENDENCIA RESPONSABLE: Plc 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor Física

FECHA: 13 de Junio

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Mayra Guerrero		X	19	1042.210172				X				Vereda (Centro sal).	Sanar salud	Ama casa	3235335944	no tiene	Mayra Guerrero
2	Tatiana patricia Jaramillo		X	30	1042213028	X							B. Villa M.	Salud Sana	Ama de c.	3155237454	No.	
3	Daniela Morales C		X	21	1001815827	X							B. Villa M.	Sana S	Amade C	3022706475	NO	Daniela M.
4	Karen Dayana. Ro.		X	19	1096212375				X				V. Santo D.	N. EPS.	Ama d.c.	3176639729. 305803	No.	Karen Rodas.
5	Natalia Madrigal		X	35	1039692279	X							B. Villa M.	Salud S.	Ama d.c.	3223452961	No.	Natalia Madrigal
6	Maite Lerma Amaris		X	20	1085166654				X				V. Caro Alto	Sana S.	Ama d. C.	3156924345	No	Maite Lerma A
7	Amelia Ramos B.		X	33	1067914232				X				B Progreso	Sana S.	Ama de C	3128461152	No.	Amelia Ramos
8	Maria Veronica R.		X	30	1096208375				X				B. OPV. Casa.	Salud S.	Ama d. C	3213581975	No.	Maria B Ruiz
9	Jessica. Rios.		X	29	1042210402	X							V. San fran.	N. EPS	Ama. d.C.	5160930147	No.	Yessica Rios
10	Erika K Sevillos		X	31	1122238603	X							V. K. 5.	NL EPS.	Ama d. C.	3223231791	No.	Erika Ceballos
11	Yaileth Hernandez C.		X	23	1005180731	X							V. Caño Blanco	Salud Salud	Estudiante	3144113729		
12	Lissette Mª Urrutia		X	24	1005182983				X				Y. Nuevo	Savia salud	Estudiante	3005668911		
13	Diana carolina M L		X	26	1042248359				X				V. la punta	N. EPS	Ama casa	3122988441		Diana Moreno
14	Cristina Gallego		X	24	7039706068				X				B. Esperanza	Savia salud	Ama de casa	3226841051	NO	Cristina Gallego
15	Daniela Salgado A.		X	18	1042208210				X				25 enero	N. EPS	Ama casa	3207751459	NO	Daniela Salgado
16	Imar Padron Pacheco		X	20	6910.530				X				Invasion los	N. E. P. S.	Ama de Casa	3014236906	No	Imar Padron
17	Natali GOMEZ VELEZ		X	18	1042210592	X							Vereda las Palmas	N. EPS	ama de casa	3122072485		
18	Daniela Horalgo Rios		X	24	1001815559				X				B. Villamaria	N. EPS	Ama de Ca	3014827480	NO	Daniela
19	Sol Manna Avila		X	32	1042212276				X				V. San Luis	N. EPS.	Ama de Ca	3184763902	No	Sol Avila
20	Vivian M. Torres		X	38	1042212286				X				V. Prado	Savia S	Ama de	3004302502	NO	Vivian.
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG. MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-RS-CAC-GMA-03
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	3
Página:	Pag 1 de 1

870

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con madres gestantes

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alonso Tejada - Instructor Fisico

FECHA: 20 de Junio

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Daniela Cifuentes		X	24	1001835559	X							V. San luis	Sabia Salud	Amade c.	301 661276		Daniela C. H
2	sharol tatiana B.		X	15	1042272307	X							B. N. Esper.	Sabio s.	Estudiante	3224343667		Tatiana Benitez
3	Diana Moreno		X	26	1042272748	X							V. La punto	N. Eps	Amade c.	3122988441		Diana Moreno
4	Angelica Suarez		X	20	6402556				X				B. Los ranch.	Sabia	Amade c.	3158132640		Angelica Suarez
5	Bianca Jimenez		X	16	1042271807				X				V. Caño san.	Sabia	Amade c.	3187405844		Bianca Nubia Jimenez
6	Aracely Laguna		X	35	1096200008	X							B. Buenos A.	Sabia	Amade c	315 694 4858		Aracely laguna
7	Carla Castillo		X	18	1038453471	X							B. la s lomas	Savia	Amade c.	3128583161		Carla Castillo
8	Carolina Diaz Galviz		X	24	1006633657					X			OPV. Cagare	Sabia	Obrero AT	3156946717		
9	Elizabeth Serro		X	20	1042270762				X				V. la salada	Savia.	Amade c	3167857616		Elizabeth Serro
10	Luzdani Hernandez		X	22	172 6287				X				B. Prado	Savia	Amade c.	3107726795		Luzdani H
11	Diana Ortega		X	22	1001075742	X							B. Villa m	M. Ser	Amade c.	3219327848		Diana M.
12	Diana Suluaga		X	29	1037502522	X							B. OPV. C	Savia	Amade c.	3004284549		Diana Suluaga
13	Mayeli muñoz		X	15	1097189678	X							V. Caño M	Savia S.	Estudiante	3005696480		Mayeli muñoz.
14	Daniela Palomo		X	18	1042270824				X				B. Prado	Sabia s.	Amade c.	3169000857		
15	Yulieth tatiana M.		X	23	1001875698				X				V. Caño San.	Savia S.	Amade c.	3163429642		Yulieth M.
16	Bianca Nubia Jimenez		X	16	1042271807				X				Caño sanjua	Savias	Amade c.	3187405844		Bianca Jimen
17	Mayra Guerrero		X	19	1042270772				X				V. Caribal	Savia S.	Ama de c	3235335414		Mayra Guerrero
18	Karen Dayana Robas		X	19	1096272375				X				V. Santo D.	Nueva eps	Amade c	3157665920		Karen Robas
19	Diana Carolina		X	26	1042274859				X				V. la punta	Nueva eps	Amade c	3122988441		Diana Moreno
20	Cristino martinez		X	27	1042271516				X				V. Caño negro		Amade c	3167438070		Cristina
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG. MUNICIPIO DE YONDÓ ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-DAM-03
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

871

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con Adulto Mayor (Pacientes cronicos) — DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Fajardo - Instructor Fisico

FECHA: 5 de Junio.

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICION 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Bela flor Ortiz		x	72	28345955							x	Cortaderas		Ama de Casa	312559130		
2	Nelida Gimenez		x	79	35385227							x	Progreso		Costurera	3017133173		
3	Maria Leiva Cuevas		x	79	27949563							x	Gaitan		Ama de Casa	No refiere		
4	Luz Estela Gutierrez		x	79	28072901							x	Colonia Su		Pensionada	3124233357		
5	Amira Gerzon		x	81	24303399							x	Gaitan			3167938661		
6	Rosa Villada		x	75	31742879							x	Villa Rika		Ama de Casa	3224172783		
7	Lilia Amaya		x	66	34930571							x	Gaitan		Ama de Casa	3174736800		
8	Griselda Sierra		x	72	30700							x	N. Esperanza		Ama de Casa	3		
9	Elena Vergara		x	71	28074971							x	Gaitan		Ama de Casa	3106912633		
10	Leonidas Mejia	x		70	1099 3975							x	30 de Octubre		Oficios Varios	3172778080		
11	Ana Diaz		x	82	30304371							x	30 Octubre		Ama de Casa	3138999286		
12	Jose Mejia	x		73	1307071576							x	N. Esperanza		Oficios Varios	3179235281		
13	Maria G. Hernandez		x	63	39024146							x	Central		Ama de Casa	3134877320		
14	Lucely Gimenez		x	68	23897343							x	Gaitan		Modista	3182458533		
15	Damaris Amaya		x	57	27949944							x	25 Enero		Ama de Casa	3144929142		
16	Florentina Hernandez		x	94	28379041							x	Brisas		Ama de Casa	No refiere		
17	Jaime L. Valencia	x		80	4474806							x	25 Enero			No refiere		
18	Juana Sanchez		x	64	28278090							x	Naranjos		Ama de Casa	3175230367		
19	Fabiola Giraldo		x	70	22628031							x	Brisas		Ama de Casa	3208916533		
20	Rosa Medina		x	69	27949458							x	Progreso		Ama de Casa	3173124551		
21	Maria Arenas		x	69	39023817							x	Progreso		Ama de Casa	3002489283		
22	Maria Jaramillo		x	77	37924153							x	30 Octubre		Ama de Casa	No refiere		
23	Maria Hilda Infante		x	59	40374532		x						Prado		Ama de Casa	3113080585		
24	Elida Arguello		x	68	28211090							x	Naranjos		Ama de Casa	3147924288		
25	Rosa Valencia		x	83	23494620							x	30 Octubre		Ama de Casa	3174656269		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazados. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	FAT-GAC-FOR-013 832
Fecha de Aprobación:	31/01/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad fisica con Adulto Mayor (Pacientes cronicos)

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003- 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor fisico

FECHA: 5 de Junio.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO M	SEXO F	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Margarita Ladino		x	93	21972106							x	Villamaria		Ama de Casa	No refiere		Margarita Lad
2	Silvia Hernandez		x	76	25960827							x	UPB Casabe		Ama de Casa	3153031022		Silvia Hernandez
3	Mario Sanchez	x		90	13887495							x	Prado		Oficios V.	3123599129		Mario Sanchez
4	Estela Ochoa		x	74	21928911							x	Gaitan		Ama de Casa	3140397770		x Estela Ochoa
5	Gladis Niño		x	64	37 222 289							x	Gaitan		Ama de Casa	No refiere		Gladis Niño
6	Abiahan Lopez	x		70	5783779							x	La Esperida		Oficios V.	No refiere		x Abiahan
7	Argemiro Mazo	x		77	10992854							x	Central		Pensionado	3249394352		x Argemiro Mazo
8	Miguel Perez	x		84	960379							x	Casabe		Oficios V.	No refiere		x Miguel
9	Maria Velasquez		x	77	39766202	x							Invasión		Ama de Casa	3116391423		x Maria Velasquez
10	Maria Aguilar		x	69	30340439							x	Buenos Aires		Ama de Casa	3138768433		x Maria
11	Elizabeth Mantilla		x	68	39515170							x	Progreso		Ama de Casa	3160458200		Elizabet Mantilla
12	Ubaldo Tabares	x		73	4597723							x	Cantaclaro		Pensionado	3187866346		x
13	Nora Vasquez		x	66	27934330							x	Gaitan		Ama de Casa			x Nora
14	Ramiro Sanchez	x		66	5039473							x	Villamaria		Oficial varios	3124876125		x
15	Lila Cogollo		x	91	25843424							x	Central		Ama de Casa	No refiere		Lila Cogollo
16	Jose A. Rodriguez	x		74	1							x	Prado		Oficios V.	3122342355		
17	Marta Ladino		x	77	43260003							x	La Paz		Ama de Casa	No refiere		x Marta Ladino
18	Luz Herrera		x	68	63471773							x	Buses		Artesana	3204870477		x
19	Magola Carcamo		x	66	39932329							x	Gaitan		Ama de Casa	3202248580		x Magola
20	Rubys Londoño		x	63	31052565							x	Naranjos		Ama de Casa	3208843495		
21	Ubaldo Tabares	x		73	4597723							x	Cantaclaro		Pensionado	3187866346		x
22	Maria Rudas		x	84	22930946							x	Naranjos		Ama de Casa	3152977281		x M R L
23	Rosmira Giraldo		x	62	30355445							x	Villamaria		Oficio Varios	3124876125		ROSMIRO
24	Mario Sanchez	x		70	13887495							x	Prado		Oficios V.	3123599 1258		x
25	Olinda Cabezas		x	93	21995 62							x	Dique		Ama de Casa	3213155396		Olinda Cabezas

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Teodó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-RE-GAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	25/03/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

877

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con Adulto mayor (Pacientes cronicos)

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor Fisico.

FECHA: 4 de Junio.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Mata Ladino		x	71	43266003							x	La Paz		Ama de Casa	No refiere		
2	Maria Rudas		x	84	27830516							x	Naranjos		Amade Casa	3152717287		
3	Jose A. Carrillo	x		84	5409438							x	Progreso		Oficios V.	3143919428		
4	Nora Vazquez		x	66	27932330							x	Gaitan		Ama de Casa	No refiere		
5	Lila Cogollo		x	71	25848029							x	Central		Ama de Casa	No refiere		
6	Luz Herrera		x	68	63421773							x	Brisas		Artesana	3201890477		
7	Silvia Hernandez		x	76	25960822							x	UPB Casabe		Ama de Casa	3033531022		
8	Magola Carcamo		x	66	37432325							x	Gaitan		Ama de Casa	3202248580		
9	Estela Ochoa		x	79	27428911		x						Gaitan		Ama de Casa	3146891780		
10	Argemiro Mazo	x		77	10992859							x	Central		Pensionado	3214394352		
11	Jose A. Rodriguez	x		74	13829775							x	Prado		Oficios Vario	3123472355		
12	Gladis Niño		x	64	37222289							x	Gaitan		Ama de Casa	No refiere		
13	Miguel Alvarez	x		84	9603491							x	Casabe		Oficios V.	No refiere		
14	Olinda Cabezas		x	93	21949562							x	Dique		Ama de Casa	3273755316		
15	Abraham Lopez	x		70	5783479							x	La Esperanza		Oficios V.	No refiere		
16	Maria Aguilar		x	69	30340239							x	Buenos Aires		Ama de Casa	3148768453		
17	Margarita Ladino		x	73	27932106							x	Villamaria		Ama de Casa	No refiere		
18	Rosmira Giraldo		x	65	30356435							x	Villamaria		Ama de Cas	3173317466		
19	Maria Velasquez		x	79	39766207		x						Invasión		Ama de Casa	3176994725		
20	Rubys Londoño		x	62	31032563							x	Naranjos		Amade Casa	3208943993		
21	Ramiro Sanchez	x		66	30391993							x	Villamaria		Oficios Vario	3124876725		
22	Waldo Tabares	x		73	4537723							x	Centauros		Pensionado	3182660346		
23	Elisabeth Martilla		x	68	37543710							x	Progreso		Ama de Casa	3160485200		
24	Maria Mallarch		x	69	27923805							x	La Victoria		Ama de Casa	8323966		
25	Mario Sanchez	x		76	7328495							x	Prado		Oficios V.	3123593729		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenecer a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-CAC-DAM-01 834
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	3
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con Adulto Mayor (Abuelitos caminos) — DEPENDENCIA RESPONSABLE: Pic 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfredo Tejada - Instructor Físico

FECHA: 10 de Junio

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Ana Estela Gutierrez		x	74	28072901							x	Colonia Sur		Pensionada	3124233557		
2	Maria Rosa Cano		x	79	27994653							x	Gaitan		Ama de Casa	No refiere		
3	Nelida Gimenez		x	77	35583271							x	Progreso		Costura	3019133423		
4	Bella Flor Ortiz		x	72	28345955	x							Cartagena		Ama de Casa	3125629570		
5	Rosa Valle		x	95	37142917							x	Villapilar		Ama de Casa	3224722827		
6	Lilia Maya		x	66	27930377							x	Gaitan		Ama de Casa	3147688009		
7	Rosa Valencia		x	83	23494620							x	7 Octubre		Ama de Casa	3178856264		
8	Gisalda Serna		x	72	30760830M							x	N. Esperanza		Ama de Casa	3182297908		
9	Elena Vargas		x	77	28074917							x	Gaitan		Ama de Casa	3176393533		
10	Ana Diaz		x	82	30304771							x	30 Octubre		Ama de Casa	3158499266		
11	Amira Garzon		x	81	24703399							x	Gaitan		Ama de Casa	3167930867		
12	Maria C. Hernandez		x	63	39724740							x	Central		Ama de Casa	3139893380		
13	Leandes Maya	x		70	10093995							x	3 de Octubre		Obrero	3127978080		
14	Jose Maya	x		73	13879526							x	N. Esperanza		Obrero	3219755281		
15	Lucelli Gimenez		x	68	23897343							x	Gaitan		Modista	3182958393		
16	Rosalba Amaya		x	59	27949944							x	25 Enero		Ama de Casa	3144729742		
17	Jose L Valencia	x		80	4.471806							x	25 Enero		Oficios Varios	No refiere		
18	Fabiola Giraldo		x	70	27628031							x	Brisas		Ama de Casa	3209390533		
19	Florentina Hernandez		x	74	28337041							x	Brisas		Ama de Casa	No refiere		
20	Maria Flores		x	67	37923417							x	Progreso		Ama de Casa	3002497133		
21	Rosa Medina		x	63	27949458							x	Progreso		Ama de Casa	3157724559		
22	Maria Jaramillo		x	91	28345482							x	3 Octubre		Ama de Casa	No refiere		
23	Juana Sanchez		x	64	28522983	x							Villanueva		Ama de Casa	3145270769		
24	Elda Arcelia		x	68	28277000							x	Quintanas		Ama de Casa	3147947196		
25	Maria Hilda Infante		x	59	40374532							x	Prado		Ama de Casa	3180685288		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-DAM-01 825
Fecha de Aprobación :	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con Adulto Mayor (Pacientes Cronicos)

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejedo - Instructor Fisico

FECHA: 19 de Junio

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Nelsida Gimenez		x	77	36585211							x	Progreso		Costura	3017933423		
2	Maria Luisa Correa		x	39	27949487		x						Gaitan		Ama de Casa	Norteve		
3	Rosa Villada		x	75	31747819							x	VillaRica		Ama de Casa	3224172283		
4	Lilia Amaya		x	66	39930347							x	Gaitan		Ama de Casa	3174388009		
5	Luz Estela Gutierrez		x	74	28017901							x	Cabeza Sur		Pensionada	3124233357		
6	Bela Flor Ortiz		x	72	28345755							x	Cantaclaro		Ama de Casa	3125691310		
7	Leandro Mago	x		70	1093993							x	3 Octubre		Oficios Vario	3172178280		
8	Griselda Sierra		x	72	3090083554							x	N. Esperanza		Ama de Casa	3168291718		
9	Elena Vergara		x	71	28074017							x	Gaitan		Ama de Casa	3163413693		
10	Maria C. Hernandez		x	63	39124746	x							Central		Ama de Casa	3134879380		
11	Ana Diaz		x	82	30391371							x	3 Octubre		Ama de Casa	3158999286		
12	Jose Mejia	x		73	73899526							x	N. Esperanza		Oficios Vario	3241255281		
13	Amira Gerson		x	81	24203899							x	Gaitan		Ama de Casa	31619 38567		
14	Luceli Gimenez		x	68	23899343							x	Gaitan		Modista	3182758333		
15	Fabiola Giraldo		x	90	27628037							x	Brisas		Ama de Casa	3108391033		
16	Damaris Amaya		x	59	28149944							x	25 Enero		Ama de Casa	3144720142		
17	Jose L Valencia	x		85	4478866							x	25 Enero		Oficios Vario	Norteve		
18	Maria C Arenas		x	69	37923477							x	Progreso		Ama de Casa	3102497233		
19	Florentina Hernandez		x	74	28379047							x	Brisas		Ama de Casa	Norteve		
20	Elida Arevalo		x	68	28219090							x	Naranjos		Ama de Casa	3147919268		
21	Rosa Medina		x	63	71949458							x	Progreso		Ama de Casa	3115720551		
22	Maria Jaramillo		x	71	28345482							x	3 Octubre		Ama de Casa	Norteve		
23	Rosa Valencia		x	85	23494520							x	3 Octubre		Ama de Casa	3178855264		
24	Teresa Sanchez		x	64	28322093							x	Villaranio		Ama de Casa	3193270767		
25	Maria Hilda Infante		x	59	40344336							x	Prado		Ama de Casa	3178065888		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Gobierno de Tercer Milenio Alcaldía

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código: [illegible] 876
Fecha de creación: [illegible]
Versión: 2
Página: Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con Adulto mayor (Parcuetro Uonos)

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor Fisico

FECHA: 21 de junio

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Elizabeth Montilla		x	68	37573710							x	Progreso		Ama de Casa	3760180200		Elizabet Montilla
2	Silvia Hernandez		x	76	25960822							x	UPR Cesar		Ama de Casa	3153057027		Silvia Hernandez
3	Abraham Lopez	x		70	5783771							x	La Esperanza		Oficios Var	No reflere		Abraham Lopez
4	Lila Cogollo		x	71	25913424							x	Central		Ama de Casa	No reflere		Lila Cogollo
5	Ana Velasquez		x	97	39766202							x	Invasión		Ama de Casa	3117694723		Mariquela 959
6	Marc Sanchez	x		70	13827495							x	Prado		Oficios V.	3123593929		Marc Sanchez
7	Maria Mallarsd		x	89	21923865							x	La Victoria		Ama de Casa	8325966		Maria
8	Argemiro Mejia	x		77	10992951							x	Central		Pensionado	3244590352		Argemiro Mejia
9	Marta Ladino		x	71	43760003							x	Lopez		Ama de Casa	No reflere		Marta Ladino
10	Magola Cerezo		x	66	3793 2378							x	Getsemani		Ama de Casa	3202748598		Magola Cerezo
11	Estela Cadoe		x	79	21928917							x	Getsemani		Ama de Casa	3146997770		Estela Cadoe
12	Gladys Niño		x	64	39.272.789							x	Getsemani		Ama de Casa	No reflere		Gladys Niño
13	Miguel Florez	x		64	960379							x	Centro		Oficios Va	No reflere		Miguel
14	Margarita Ladino		x	73	21932706							x	Villamaria		Ama de Casa	No reflere		Margarita Ladino
15	Maria Aguilar		x	69	30340739							x	Buenos Aires		Ama de Casa	3158268453		Maria
16	Rubys Rondon		x	62	39032565							x	Naranjos		Ama de Casa	3205847993		
17	Maria Rudas		x	84	21930596							x	Naranjos		Ama de Cas	3152717281		M R L
18	Ubaldo Tabares	x		73	1577723							x	Centauro		Pensionado	3182866346		
19	Jose L. Camilo	x		84	84094438							x	Progreso		Oficios Va	3143197128		
20	Nora Velasquez		x	66	21932330	x						x	Getsemani		Ama de Case	-		Nora
21	Jose L. Rodriguez	x		74	12977773							x	Prado		Oficios V.	3122342355		
22	Olinda Cabrera		x	93	21949562							x	Dique		Ama de Casa	3215383946		Olinda Cabrera
23	Luz Herrera		x	68	63477773							x	Brizas		Enfermera	3204870477		
24	Ramon Sanchez	x		66	5039973							x	Villamaria		Oficios Varios	3124696725		
25	Rosmira Giraldo		x	65	30395443	x						/	Villamaria			3183391466		ROSMIRA

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elabora: Secretaria de Gobierno | Revisa: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial | Aprueba: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YOPAL ***

Secretaría de Turismo Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	PIC-GAC-FR-03
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	1
Página:	Pag 1 de 1

837

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Física Pacientes crónicos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Eduardo - Instructor Físico

FECHA: 29 de Junio

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO M	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Ana Julia Copistre		X	65	53922270							X	P.to Toma			3203004935		
2	Luz Helena Garces		X	72	21950485							X	P.to Toma					
3	Luz Maria Fragoso		X	64	37868280		X						P.to Toma					
4	Bernardo Mesa		X	68	37928350		X					X	P.to Toma					
5	Jose Guillermo Toro	X		60	91424092							X	P.to Toma					
6	Cesar Agudelo Patiño	X		85	625469							X	P.to Toma					
7	Gerardo Linares	X		63	19615118							X	P.to Toma					
8	Beatriz Cardona	X		92	980907							X	V-X-10			3215031429		
9	Leonor Lozano		X	66	37924155		X						V X-10			3168115839		
10	Florentino Vanegas	X		75	5591364							X	V X-10			3157092901		
11	Jose Vicente Rios	X		68	21950956							X	V. San Luis					
12	Graciela Reyes		X	69	28023618							X	San Luis			3138837783		
13	Daniel Hoyo	X		71	13883647	X							San Luis					
14	Jaime Jimenez G.	X		65	17682049							X	San Luis					
15	Josue Caceres	X		96	2163 329							X	San luis					
16	Luis Eduardo Silva	X		66	13885135							X	San luis			3177196997		
17	Olga Rosa Rivera P.		X	72	28312814							X	San luis			3216555869		
18	Oliva Mesa		X	64	37970982							X	San luis			3023593277		
19	Aurora Sosa Diaz		X	67	21950608							X	San luis					
20	Rosendo Quintero	X		79	3620955							X	San luis					
21	Santiago Arcos B.	X		63	3559362							X	San luis					
22	Bernarda I Gutierrez		X	79	37920888							X	San Luis					
23	Adriana Buitrago		X	57	37892436							X	San luis					
24	Miguel Castillo	X		67	13892735							X	San luis			3168539157		
25	Joaquin Esquivel	X		70	19242971	X							San Luis			3041121878		

Convenciones: 1 Persona en situación de discapacidad. 2 Desplazado. 3. Migrante. 4 Afrodescendientes. 5 Mujeres en gestación. 6. Comunidades indígenas. 7. Comunidades LGTBIQ. 8 No pertenece a ninguna de las anteriores

Elaboró: Secretaría de Cultura | Revisó: Secretaría de Planeación TIC y y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO DEL MUNICIPIO DE ITAGÜÍ ***

Municipio de Turbo Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PEGACIAD-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

838

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad fisica Paciente Con enfermedad cronica

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Salcedo - Instructor Fisico

FECHA: 25 de Junio

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Teodulo Pacheco	X		72	5.029.200							X	El dique			3139180913		T.P.
2	Gladys Pineda		X	68	21430538							X						Gladis
3	Clementina Sabas M.		X	66	39065758							X				3479814969		CSM
4	Ienis Maria Cadrezco		X	50	21950098							X				3222551712		Ienis CA
5	Ienis Acosta Ramos		X	61	21949588	X										3123442267		Ienis Acosta
6	Ines Guzman Osorio		X	70	21949410							X				3135116478		Ines Guzman
7	Humberto Poveda	X		69	2952250							X				3158023976		HUMBERTO
8	Maria Hela Sanchez		X	85	23199186							X				3114961669		Maria Hela
9	Emiliana Vera Sepia		X	74	28012310							X				31342211		Emiliana
10	Fabio de Jesus Cardona	X		67	13886956							X				3205202752		Fabio Cardona
11	Ludarino Quiñones		X	70	26825916							X				3213599149		Ludarino
12	Damaris Acosta		X	61	21944560							X				3232339869		Damaris A
13	Oscar Zabaleta	X		76	9129405							X				3217905697		Oscar Zabaleta
14	Pedro Campo Salas	X		68	3557338							X				3125525192		Pedro Campo
15	Emilce Castro		X	66	23092906							X				3135490035		Emilce Castro
16	Juan Salcedo Polanco	X		63	91920601							X				3218242836		Juan Salcedo
17	Alfonso Benitez	X		91	9012534							X						ALFONSO
18	Maria Quiroz F.		X	70	21949912							X						Victoria Quiroz
19	Daniel Cierpa Zambrano	X		68	13884513							X				3135916478		Lydia E. Cierpa
20	Marceli de la Rosa		X	64	22851179							X				3102116900		Marceli
21	Domingo Gutierrez	X		73	9912949 73							X				3278927896		Domingo G
22	Heiran de la Rosa	X		64	3821 069	X												Heiran
23	Eduardo Benavides	X		64	13891109							X						Eduardo
24																		
25																		

Convenciones: 1. Personas en situación de discapacidad. 2. Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4. Mujeres en gestación. 5. Comunidades indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7. No permiten a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Voluntaria de Lúdicamente | Revisó: Secretaria de Promoción TIC´s y Desarrollo Tecnológico | Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

Secretaría de Salud Arboletes

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	FOR-GAC-GAN-01
Fecha de Aprobación:	21/03/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

839

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Pacientes con enfermedad cronica

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tapia - Instructor Física

FECHA: 2 de Junio

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Ana Gregoria Jimenez		X	64	21949603	X							V. Pando.			3214103509		Ana Jimenez
2	Miriam Pamplona		X	63	46641633							X				3186969726		
3	Juana Isabel Gomez		X	64	36586958	X										3192116258		
4	Roque Julio Ballesteros	X		76	5641856							X				3213078519		
5	Manuel Plaza Vega	X		71	11.150.684							X				3215078317		
6	Angela Vargas		X	63	35923706							X				3123010612		
7	Rosa Gladys Ramirez		X	70	28356428							X				3179929941		
8	Crescencio Macias	X		76	5591284							X				3114642880		
9	Astolfo Rodriguez	X		69	6799302							X				3195311859		
10	Jose Domingo Trujillo	X		70	13879582							X				3150299792		
11	Martha Quintero		X	66	37921166							X				3145092180		
12	Alberto Ibanez	X		72	12898165							X				3151446531		
13	Justo Piña Carrero	X		59	15951988							X				3186662905		
14	Octavio Ortiz P.	X		95	1731349							X						
15	Adalberto Baños	X		64	91452352							X				3168389969		
16	Maria Amparo Alvarez		X	66	21999792							X				3168389969		
17	Doris M. Monroy Diaz		X	66	45850029	X										3173993923		
18	Santiago Medrano	X		71	8826802							X				3138667731		
19	Pedro Olivero C.	X		70	3999197							X				3125542660		
20	Adelis Maria Olivero		X	65	25079182							X				3169253892		
21	OFelia Sanabria		X	94	28013815							X				3187789311		
22	Elvia Valderrama		X	70	28008005	X										3153805209		
23	Diocelina Pulgarin		V	66	21652322							X						
24	Estela Hueso		X	78	28013499							X				3203019688		
25	Ana Beatriz Cantillo		X	59	37936876							X				3215031929		

Convenciones: 1 Personas en situación de discapacidad. 2 Desplazado. 3 Migrante y/o Afrodescendientes. 4 Mujeres en gestación. 5. Comunidades indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7 No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Salud/PIC | Revisó: Secretario de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIC MUNICIPIO DE ARBOLETES ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	29/02/2024
Versión:	2
Paginas:	Pag 1 de 1

840

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con Adultos Jovenes

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejedo - Instructor Fisico

FECHA: 12 de Junio

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Bignis Salazar		x	30	1001815198	x							Urb. Prado		Independ.	3005591901		
2	Yurley Romero		x	30	1042212901							x	Caseajera		Ama casa	3108079367		
3	Gabriela Peña		x	34	1039690209							x	Canta rana		Independ.	3217761963		
4	Denirys Chacon		x	33	1042212473							x	Villa Maria		Ama casa	3105031587		
5	Anaeis Badilla		x	47	63469449							x	Gaitan		Secretaria	3165486187		
6	Leidy Mendez		x	14	1097193874							x	25 enero		Estudiant	5185043932		
7	Rubiela Almendrales		x	33	1090428162							x	Villa Maria		Independ	3004594916		
8	Juan Pablo Ospino	x		48	911945786							x	Gaitan		Aux enfer	3123377352		
9	Amparo Muñoz		x	49	21950336							x	Colonia Sur		Ama casa			
10	Leidy Daniela		x	17	1096235280							x	25 de enero		Estudiante	3187096 1967		
11	Ana rubio		x	33	1061875540							x	Buenos Aires		Ama casa	3137589207		
12	Viviana Cortes		x	90	37538443		x						23 de Julio		Ama casa	3016987099		
13	Adriana Barrios		x	32	21044647							x	Central		Independ	3053774185		
14	Shirly Parra		x	33	1095925612							x	Villa Maria		Ama casa	3005950170		
15	Tatiana Higuera		x	27	1005085829		x						La española		Oficios vari	3127329009		
16	Yasbleidys Vanegas		x	17	1096197532							x	La española		Estudiante	3019376070		
17	Natalia Vides		x	29	1001814731 2							x	Brisas		Estudiante	3223122517		
18	Ana Maria Ospina		x	41	37944673							x	Brisas		Ama casa	3156294293		
19	Anarelis Gomez		x	46	23151336							x	La española		Ama casa	3163234549		
20	Luz Mery Perez		x	44	21930624							x	El Prado		Ama casa	3213214467		
21	Jennifer Mendez		x	31	1102721651							x	23 de Julio		Ama casa	3208543504		
22	Maria Peñate		x	63	37924086							x	Progreso		Ama casa	3155086487		
23	Yuri Ocampo		x	31	1042212960							x	Palmitos		Ama casa	3226464424		
24	Nelly Badilla		x	57	21944799							x	Naranjos		Empleada	3175551160		
25	Angelica Moreno G		x	27	1042214027							x	B. la victoria		ama casa	3145191971		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	FAT-CAC-GAM-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

841

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con Adulto Joven

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejeda - Instructor Fisico

FECHA: 19 de Junio

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Ana Rubio		x	33	1001815540	x							Buenos Air		Ama de casa	3133589201		
2	Tatiana Higuera		x	27	1005085329							x	La española		Oficios varios	3127329009		
3	Maria Peñate		x	63	37924086							x	Progreso		Ama Casa	3155086487		
4	Natalia Vides		x	29	1001B197372							x	Brisas		Estudiante	3223122777		
5	Anaeis Badillo		x	42	63969499							x	Gaitan		Secretaria	3105982702		
6	Juan Pablo Ospino	x		98	91445786							x	Gaitan		Aux enfer.	3123577352		
7	Leidy Daniela		x	19	1046213578							x	23 de enero		Estudiant	3181096496?		
8	Leidy Mendez		x	19	1094719387?							x	23 de enero		Estudiante	3185043932		
9	Bianis Salazar		x	30	1007815798							x	Urb. Prado		Independ.	3003597901		
10	Gabriela Peña		x	34	1039690209							x	Cantarana		Independ.	3217761963		
11	Rubiela Almendrales		x	33	1090128162							x	Villa Maria		Independ.	3009199916		
12	Adriana Barrios		x	32	27044647							x	Central		Independ.	3053374185		
13	Viviana Cortes		x	40	37378943							x	23 de Julio		Ama Casa	3016987099		
14	Ana Maria Ospina		x	44	37444633							x	Brisas		Ama Casa	3156294293		
15	Luz Mery Perez		x	44	27950624							x	El Prado		Ama Casa	3213214467		
16	Yasbleidys Vanegas		x	17	1096197532							x	19 Española		Estudiante	3049376073		
17	Shirly Peña		x	33	1095925672							x	Villa Maria		Ama Casa	3005950170		
18	Anarelis Gomez		x	46	23151336							x	La Española		Ama Casa.	3163234349		
19	Nelly Badillo		x	37	21949799							x	Naranjos		Empleada	3175557760		
20	Jennifer Mendez		x	31	1102721651							x	23 de Julio		ama de casa	3208543504		
21	Yuri Ocampo		x	31	1042212960							x	Palmitos		Ama de casa	3226464924		
22	Yurley Romero		x	30	1042212901							x	V. cascajera		Ama de Cas	3108093677		
23	Amparo Muñoz		x	49	21950336							x	Colonia Jos		Amadecas	3		
24	Deniyis Charon		x	33	1042212473							x	B. Villamaria		Ama de casa	3105631587		
25	Angela Moreno G.		X	27	1042214227							x	B la victoria		Ama de casa	3143949355		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-05-GAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024 842
Versión:	2
Paginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con Adulto dover

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alvaro Jongo - Instructor Fisico

FECHA: 12 de Junio

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Yurley Romero		x	30	1092272901							x	V. Cascajera		Ama casa	3108079367		
2	Anaeis Badillo		x	47	63469449							x	Gaitan		Secretaria	3105482702		
3	Penirys Chason		x	33	1042212473							x	Villa Maria		Ama casa	3105031587		
4	Leidy Mendez		x	19	1097193879	x							25 de enero		Estudiante	3185043937		
5	Bianis Salazar		x	30	1001835198							x	Urb Prado		Independ.	3005597901		
6	Natalia Vides		x	24	1001817512							x	Brisas		Estudiante	3223122517		
7	Rubiela Almendrales		x	33	1090428162	4							Villa Maria		Independ.	3004594416		
8	Ana Rubio		x	35	1001815590							x	Buenos Aires		Ama casa	3133589921		
9	Amparo Muñoz		x	49	21950336							x	Colonia Su		Ama casa			
10	Leidy Daniela		x	17	1096213526							x	25 enero		Estudiant	318 10969967		
11	Juan Pablo Ospino	x		48	91445786							x	Gaitan		Aux enfer.	3123737352		
12	Shirly Parra		x	33	1095925672							x	Villa Maria		Ama casa	3005950170		
13	Gabriela Peña		x	39	1059690209							x	Cantarana		Independ.	3177167965		
14	Maria Peñate		x	63	37924086	4							Progreso		Ama casa	3155086487		
15	Viviana Cortes		x	40	37378493							x	23 de Julio		Ama casa	3016987049		
16	Adriana Barrios		x	32	21044647							x	Central		Indepen.	3053374185		
17	Ana Maria Ospina		x	41	37494673							x	Brisas		Ama casa	3156294293		
18	Yasbleidys Vanegas		x	19	1096197332	x							La española		Estudiante	3019376033		
19	Luz Mery Perez		x	44	21950624							x	El Prado		Ama casa	3213274467		
20	Yuri Ocampo		x	31	1042272960							x	Palmitos		Ama casa	3226969424		
21	Tatiana Higuera		x	27	1005085329							x	La española		Oficios varios	3123329009		
22	Anarelis Gomez		x	46	23151336							x	La española		Ama casa	3163234549		
23	Jennifer Mendez		x	31	1102721651							x	23 de Julio		Ama casa	3208543504		
24	Nelly Badillo		x	37	21949949							x	Naranjos		Empleada	3175557160		
25	Angelica Moreno G.		x	27	1042274027							x	B. la victoria		Ama casa	3143191935		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PECAC-DAN-01
Fecha de Aprobación:	21/03/2024 843
Versión:	2
Páginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Física con Adulto Joven

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor Físico

FECHA: 14 de Junio

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Damaris Ayala		X	41	1005177936							X	Las vegas			3158058245		Damaris A.
2	Yurley Romero		X	30	1042212901							X	V. Cascajera			3108074367		Yurley R.
3	Denirys Chacón		X	32	1042212973							X	Villa Maria			3103631587		Denirys Chacón
4	Yasmin Machado		X	46	52480013							X	23 de julio			3152056705		Yasmin Machado
5	Juan Carlos	X		44	71191657							X	Brisas			3102908033		
6	Ledys Montoya		X	33	1096211467	X							V x 10			3024110881		Ledys Montoya
7	Yasbleidys Vanegas		X	17	1096191532							X	Española			3014376073		Yasbleidys
8	Anarelis Gomez		X	46	23151336							X	Española			3163239549		Anarelis
9	Andrea Carolina Gomez		X	10	63547554							X	Colonia Sur			3166035782		
10	Isabel Gutierrez		X	54	23751198							X	Progreso			3228302018		Isabel
11	Shirley Parra		X	32	1095925662							X	Villa Maria			3005950170		Shirley
12	Diana Ospino		X	32	1002965583							X	Brisas			3102908033		DIANA
13	Ineridy Cantillo H.		X	39	37579711							X	Vereda x 10			3168647087		
14	Roxana Herrera		X	23	28079798							X	Ver. el cinco			3127743763		Roxana Herrera
15	Gledys Varos		X	40	39286914							X	Gaitan			3122502440		
16	Luz Amparo Marin		X	51	21894663							X	Gaitan			3014064839		Amparo
17	Fabiola Agudelo		X	18	30390387	X							Brisas			3011258924		FABIOLA
18	Ana Mrio Campesano		X	33	1001505510							X	B. aires			3133589207		Ana Mario
19	Michel Morales		X	18	9058198478							X	Brisas			3198798240		
20	Lorena Quino		X	23	1005180006							X	25 Enero			3173628999		
21	Leydi Daniela Ruiz		X	18	1058194956							X	25 Enero			3222638847		
22	Kairi Moreno G		X	36	1096191808							X	B. Progreso			3134181554		
23	Miley Ruiz		X	43	21950581							X	Gaitan			3105482702		Miley
24	Anacis Badillo		X	47	1146944							X	Gaitan			3105482702		
25	Adriana Barrios		X	32	21094647							X	Central			3053779185		
26	Farid Aslin		X	23	1001814918							X				3159299961		Farid Aslin

Convenciones: 1.Persona en situación de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Huerfano en gestación. 5. Comunidades indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Sharick Gutierrez Revisó: Secretaria de Planeación, TIC y Ordenamiento Territorial Aprobó: Secretaria General

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDÓ ***

Municipio de Santa Fe de Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código	
Fecha de Aprobación	21/02/2024 B44
Versión	2
Página	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con Niños

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor Fisico

FECHA: 3 de Junio

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Allyson Diaz Galvis		X	3	1042275379							√	Gaitan	CDI				
2	Jeronimo Osorio Jimenez	X		4	1096282385							√	Gaitan	CDI				
3	Jhon Alex Nieto H.	X		3	1096855881							x	Gaitan	CDI				
4	Jhosias Avila Vasquez	X		4	1042275744							x	Gaitan	CDI				
5	Zoe Dariana Lopez L.		X	4	1043794279							x	Gaitan	CDI				
6	Chistofer Matias Meneses	X		3	1185464733							x	Gaitan	CDI				
7	Santiago Cargio Carrillo	X		4	1097273975							x	Gaitan	CDI				
8	Juan Esteban Zapata E.	X		4	1097214273							x	Gaitan	CDI				
9	Allison Diaz Orozco		X	4	1097273908							x	Gaitan	CDI				
10	Dominik Santiago ortiz	X		4	1097214236							x	Gaitan	CDI				
11	Jose Manuel Urrutia	X		4	1042275690							x	Gaitan	CDI				
12	Ivana Micidis Florez		X	4	1042275742							x	Gaitan	CDI				
13	Sara valentina Marmol M		X	4	1096815448							x	Gaitan	CDI				
14	Ariacha sofia Arcila		X	5	1042215660							x	Gaitan	CDI				
15	Martin Giraldo Herrera	X		5	1042215669							x	Gaitan	CDI				
16	Juan Jose valencia Hincapie	X		5	1042215568							x	Gaitan	CDI				
17	Sara Matias		X	4	1042215709							x	Gaitan	CDI				
18	Yeleith torres		X	4	1042215698							x	Gaitan	CDI				
19	Joan Javier Matiz	X		4	1042215762							x	Gaitan	CDI				
20	Juan Andres Henao	X		4	1042215771							x	Gaitan	CDI				
21	Dilan Jose Quino O.	X		114	1042-15789							x	Gaitan	CDI				
22	Luna Camargo P.		X	4	1097274939							x	Gaitan	CDI				
23	Elian Samuel M.	X		4	1115749687							x	Gaitan	CDI				
24	Andrey Rodriguez	X		4	1042215811							x	Gaitan	CDI				
25	Ariana Contreo		X	4	1096875626							x	Gaitan	CDI				

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad. 2.Desplazados. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestación. 5. Comunidades Indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguno de los anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno | Revisó: Secretaría de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO x@ MUNICIPIO DE SANTA FE DE ANTIOQUIA ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	PAP-GAC-GAN-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con Niños

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Rc 003 -2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfredo Tejedo - Instructor Físico

FECHA: 4 de Junio

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Jareth thael Arciva		X	5	1097273744							X	B.Central	IELED		3042098779		
2	Edelin Dayana		X	5	1042215467							X	B. Central	IELED		3203625929		
3	Hellen Maite		X	5	1042215465							X	B Central	IELED		3223964399		
4	Mariana Salome		X	5	1042215453							X	B Central	IELED		3196280793		
5	Nikol Cordoras		X	5	1096257218	X							B. Central	IELED		3126127731		
6	Valentina Hernandez		X	5	1042215603							X	B. Central	IELED		3143775378		
7	Alessandro Guarín	X		5	1042215605							X	B Central	IELED		3219138820		
8	Luis Adrian	X		5	1096257697							X	B Central	IELED		3218876693		
9	Emanuel Reinaldo	X		5	NA1016622389							X	B Central	IELED		3045250503		
10	Willy Yessid	X		5	1042215444							X	B. Central	IELED		3104302420		
11	Duvan Alexis	X		5	1042215627							X	B. Central	IELED		3172164719		
12	Manuel Stiven	X		5	1037505011							X	B. Central	IELED		3220520164		
13	Pavon Florez	X		5	1096256884							X	B. Central	IELED		3174144136		
14	Aylen Pabilla		X	5	1042215412							X	B Central	IELED		3136680539		
15	Elian Tovar	X		5	1042215540							X	B. Central	IELED		3506503715		
16	Maria jose		X	5	1097214023							X	B. Central	IELED		3142552525		
17	Stiven Parra	X		4	1042215646							X	B. Central	IELED		3185900813		
18	Stiven Palacios	X		5	1042216469							X	B. Central	IELED		3184197656		
19	Matios Rangel	X		5	1104737157							X	B Central	IELED		3214788626		
20	Anthony Rodrigez	X		5	1042215584							X	B. Central	IELED				
21	Alejandro Rodrigez	X		5	1042215539							X	B Central	IELED		3003720052		
22	David Rodriguez	X		6	1042215340							X	B Central	IELED		3503592358		
23	Liceth Sastre		X	5	1097212273							X	B Central	IELED		3185501314		
24	Zulay Alvarez		X	4	1042215614							X	B. Central	IELED		3046328327		
25	Juan Jose	X		5	1097211917							X	B Central	IELED		316 774 1470		

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Fondo Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GC-04-V01
Fecha de Aprobación:	20/03/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

846

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con niños

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alexander Alejandro - Instructor fisico

FECHA: 24 de Junio

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO M	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Angel Gabriel	X		3	10428656		X						Gaitan	CDI				
2	Axel steven Cujar	X		3	1216864906							X	Gaitan	CDI				
3	Emily Sofia Ruiz		X	3	1042276012		X						Gaitan	CDI				
4	Yeshua Felipe Reyes	X		3	1042276043							X	Gaitan	CDI				
5	Bryan Gael Diaz	X		2	1042275911							X	Gaitan	CDI				
6	Martin Elias	X		3	1222137687							X	Gaitan	CDI				
7	Samuel Martinez	X		3	1096816725							X	Gaitan	CDI				
8	Milagros Conde		X	3	1096816767							X	Gaitan	CDI				
9	Cesar Daniel		X	3	1095953277							X	Gaitan	CDI				
10	Byron Isaac	X		3	1042276066							X	Gaitan	CDI				
11	Amaurys Manuel	X		3	1042276039							X	Gaitan	CDI				
12	Maria Jose Diaz		X	3	1042275991							X	Gaitan	CDI				
13	Orlan Yosib Hernandez	X		3	1042276048							X	Gaitan	CDI				
14	Darian Mathias	X		2	1042276125							X	Gaitan	CDI				
15	Angel Gabriel Herrera	X		3	1012 8920							X	Gaitan	CDI				
16	Luis darian	X		2	1042276176							X	Gaitan	CDI				
17	Lauren Victoria		X	3	1042275974							X	Gaitan	CDI				
18	Mathias Martinez	X		3	1045179967							X	Gaitan	CDI				
19	Salvador Jauregui	X		3	1099437							X	Gaitan	CDI				
20	Thania Jireth Cadiz		X	3	1046227548							X	Gaitan	CDI				
21	Emmanuel Miranda	X		3	1046749451							X	Gaitan	CDI				
22	Sandry Sofia Vargas		X	3	1037307409							X	Gaitan	CDI				
23												X						
24												X						
25												X						

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE FONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia	GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO	Código:	F-PR-GC-03-0003	847
		Fecha de Aprobación:	21/02/2024	
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2	
		Páginas:	Pag 1 de 1	

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con niños

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor Físico.

FECHA: 24 de Junio

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Kristhen Estrada		X	4	1096815563							x	Gaitan	CDI				
2	Maximiliano Goez	x		4	1097442377							x	Gaitan	CDI				
3	Maria Villada T.		x	4	1.155778055							x	Gaitan	CDI				
4	Santiago Guzman	x		5	1096257872							x	Gaitan	CDI				
5	Juan Andres Lopez	x		4	1042215767							x	Gaitan	CDI				
6	Heyllcen Sofia Florez		x	4	1097274000							x	Gaitan	CDI				
7	Josua Vargas	x		4	1097274614							x	Gaitan	CDI				
8	Ian Alejandro G.	x		4	1077252054							x	Gaitan	CDI				
9	Maria Celeste Pinzon		x	4	1097746845							x	Gaitan	CDI				
10	Wolfran Mauricio	x		4	1097274957							x	Gaitan	CDI				
11	Adriana Sofia		x	4	1097213999							x	Gaitan	CDI				
12	Itsel Fernanda Diaz		x	3	1042215474							x	Gaitan	CDI				
13	Gabriela Vargas		x	4	1042275794							x	Gaitan	CDI				
14	Jaret Mateo	x		4	1042215037							x	Gaitan	CDI				
15	Maximo Valentino	x		4	1042215334							x	Gaitan	CDI				
16	Dara Salome Gaitan		x	4	1042215636							x	Gaitan	CDI				
17	Sebastian Jesus	x		4	1097215127							x	Gaitan	CDI				
18	Isa Fernanda S.		x	4	1097274460							x	Gaitan	CDI				
19	Matis Alexander	x		4	1042215							x	Gaitan	CDI				
20	Erik Matias	x		4	1042215496							x	Gaitan	CDI				
21	Maximiliano	x		4	1096415960							x	Gaitan	CDI				
22	Josua David	x		4	1042215830							x	Gaitan	CDI				
23																		
24																		
25																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG. MUNICIPIO DE YONDO ***

3147865565 TANIA PINO ORTEGA

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

TEMA:

Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia. Se realizará en el área urbana

LUGAR:

Canitas Sabias

POBLACIÓN:

Mujeres del municipio de Yondó- Antioquia

RESPONSABLE:

Equipo interdisciplinario PIC.

OBJETIVOS GENERAL

Promover la no violencia contra la mujer mediante la sensibilización y educación de la comunidad, fortaleciendo el compromiso y la acción colectiva para la creación de espacios seguros y de apoyo para las mujeres

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Educar a la comunidad sobre los diferentes tipos de violencia contra la mujer, incluyendo el maltrato físico, psicológico, económico y patrimonial
- ✓ Fomentar la conciencia y rechazo hacia cualquier forma de maltrato a través de actividades simbólicas
- ✓ Informar a la comunidad sobre las rutas de atención y recursos disponibles para casos de violencia intrafamiliar
- ✓ Motivar a la comunidad a reportar situaciones de violencia y buscar ayuda

FORMA DE CONVOCATORIA:

Se realizo articulación a través de oficio dirigido a la primera dama con el fin de hacer aprovechamiento de la celebración del día de las madres para promocionar la no violencia contra la mujer, quien respondió positivamente. Se realiza convocatoria a los actores que menciona el anexo técnico por medio de oficio.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 8:00 am se da inicio a la actividad de promoción de la no violencia contra la mujer, la cual comenzó con una calurosa bienvenida y agradecimiento a las madres del recinto por parte de una enfermera profesional. La enfermera destacó el importante rol que desempeñan las madres, no solo en la crianza, sino también en la enseñanza de valores y en dar lecciones de vida a través del ejemplo, formando así el futuro de las próximas generaciones. Invitó a todos a crear espacios seguros para las madres y mujeres, subrayando que es un trabajo de todos, incentivando a todos los presentes a repetir el lema "CONTRA EL MALTRATO NO HAY TRATO", recalcando que cualquier acción que contribuya al respeto a los derechos humanos crea espacios seguros y equitativos para las mujeres.

Durante la actividad, se realizó la significativa colocación de un lazo morado a todas las mujeres presentes, simbolizando el compromiso y la lucha contra la violencia de género. Este acto, lleno de profundo simbolismo, buscó visibilizar y concientizar sobre la importancia de erradicar cualquier forma de violencia hacia las mujeres. Al portar el lazo morado, cada mujer reafirmó su apoyo a la causa, promoviendo un mensaje de solidaridad y unidad en la lucha por espacios seguros y respetuosos para todas.

A continuación, el auxiliar de enfermería se dirigió a la comunidad para hablar sobre los diferentes tipos de violencia contra la mujer. Explicó detalladamente cada caso, enfatizando que no solo existe el maltrato físico, sino también el psicológico, económico, patrimonial, entre otros.

Seguidamente, la comisaria de familia participó en la promoción, explicando las rutas de la violencia intrafamiliar y motivando a la comunidad a reportar estos casos si se presentan. También se invitó a la comunidad a crear conciencia y no aceptar tratos con el maltrato. Como símbolo de compromiso y apoyo a la promoción de la no violencia contra la mujer, los participantes aplicaron témpera de color morado sobre sus manos y colocaron sus huellas en la cartelera que contenía mensajes alusivos a la No violencia contra la mujer.

Las madres disfrutaron de un espacio decorado con globos, una silla tipo poltrona, donde podían sentirse cómodas, compartir un rato agradable, tomarse fotos y sentirse seguras. El evento contó con la participación del ejército nacional, que alegró a los participantes con canciones, competencias y bailes. Sorpresivamente, un grupo de mariachis contratados ingresó para deleitar a las madres con canciones alusivas al Día de las Madres.

El técnico en recreación incentivó a las participantes a realizar actividades lúdicas y técnicas de estiramiento. La primera dama, en colaboración con la coordinadora del centro Vida Cañitas Sabias, preparó una actividad de bingo donde las participantes ganaron premios.

Finalmente, se disfrutó de un delicioso sancocho preparado por el ejército nacional y la primera dama obsequió a cada madre un vaso con un mensaje en representación al importante valor de las madres para las familias como recordatorio y conmemoración de su honorable labor.

RESULTADOS Y LOGROS

- ✓ La actividad contó con la asistencia de 100 personas y con la participación de la comunidad, incluyendo a madres, miembros del ejército nacional, la comisaría de familia y líderes locales, lo que fortaleció el sentido de unidad y compromiso colectivo.
- ✓ Se logró educar a la comunidad sobre los diferentes tipos de violencia contra la mujer, con explicaciones detalladas que aumentaron la comprensión sobre la gravedad y diversidad de este problema.
- ✓ La colocación de lazos morados y la huella de manos en la cartelera fueron actividades simbólicas exitosas que reforzaron el compromiso de los participantes en la promoción de la no violencia contra la mujer
- ✓ El evento proporcionó un espacio seguro y agradable donde las madres pudieron relajarse, compartir y disfrutar de actividades recreativas, música y una comida especial, lo que fomentó un sentido de comunidad y apoyo mutuo

INDICADOR:

Total de Encuentros comunitarios para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales	Numero de encuentros comunitarios para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales realizados	Numero de encuentros comunitarios para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales pendientes por realizar
1	1	0
100%	100%	0%



ANÁLISIS

Como se observa en la gráfica, se ejecutó el encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales realizados, dando cumplimiento al 100% de la actividad

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INFORME CUANTITATIVO

LUGAR	CANTIDAD
Canitas sabias	100 personas
Total	**100 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	2 personas
Victima	37 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	61 personas
Total	**100 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	9 personas
Mujer	91 personas
Total	**100 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5 a 11 años	0 personas
12 a 26 años	9 personas
27 a 50 años	11 personas
Mayor de 50 años	80 personas
Total	**100 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	65 personas
Rural	35 persona
Total	**100 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Milady Pinzon
MILEIDY PINZON
Psicóloga

ALFONSO FAJARDO
Instructor físico

SAMUEL TORRES
Nutricionista

ANGELICA CUJAR
Enfermera profesional

RAFAEL OSPINO MARMOL
Auxiliar de enfermería

DIANA FAJARDO
Ing. Ambiental

8

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

MINICIPIO DE YONDÓ
Gestión Documental

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

No. Radicado: 00001007
Fecha de radicado: 27 MAY 2024
Hora: 10:01 am
Nombre:
No. de Anexos: 4

Señor (s)
VIRGILIO ALBEIRO RAMOS ROMERO
Secretario de Deporte, Cultura y Turismo
Alcaldía de yondo

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoria social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
CRISTINA HERREÑO
ASOCIMUTY

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

cale este acta
24 05 /24

85

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
JHON JAIRO CANTILLO
JAC Barrio El Paraiso.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Dalis Ortiz Romero

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (a)
EDILBERTO PATIÑO AZUERO
Comisario De Familia
Alcaldia Municipal De Yondo

Yoly Galvan
24/05/2024

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

ANIBAL IGNACIO GAMARRA CASTRO.

Señor IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
ALEX LIZCANO
JAC Barrio Prado Viejo.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoria social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

27.950490 27/05/24

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
MARCELINO MACHACADO
JAC Barrio 23 de Julio.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
MANUEL CARDENAS ARDILA
JAC Barrio La Victoria.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER GAMARRA CASTRO

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

(Manuel) Cárdenas
24 05 2024

861

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
JHON JAIRO CARDONA
JAC Barrio Brisas del Oriente.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Recibí 24 mayo 2024 Hora 08-58
Jairo de J. Cardona C. C.C. 15.323.798

JAIRO DE JESÚS CARDONA C.
PRESIDENTE JAC
BARRIO BRISAS DEL ORIENTE
YONDÓ, ANTIOQUIA

862

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
ROSENDA MARIA ORTEGA
JAC Barrio Jorge Eliecer Gaitán.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

24-05-2024

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

863

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
MARCO ANTONIO TRUJILLO
JAC Barrio La Española.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoria social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

24-05-2024
9:00 a.m.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
MARLENY CONDE HERNANDEZ
JAC Barrio Central.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoria social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Recibido Marleny Hernandez 24/05/2024 9:22

865

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
KATERINE GIL
JAC Barrio 25 de Enero.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER GAMARRA CASTRO.

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Rdo Asistencia
24/5/2024
10:00 Am
P. B. 25 de Enero

866

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
MARTINA RODRIGUEZ
Gestora Social Del Municipio De Yondo.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

Javier Gamarra Castro.

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Karen Yalile Aliza
1042214850
27-05-2024

801

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

MUNICIPIO DE YONDÓ
Gestión Documental
No. Radicado: 00000817
Fecha de radicado: 02 MAY 2024
Hora: 2:53 pm
Nombre:
No. de Anexos: 0

Yondó, 30 abril 2024

Señor (a)
MARTINA RODRÍGUEZ
GESTORA SOCIAL

Asunto: Solicitud de espacio para promoción de la NO violencia contra la mujer en la celebración del Dia de las Madres

Estimada gestora social, por medio de la presente el programa Plan de Intervenciones Colectivas, solicita amablemente un espacio en la celebración del Dia de las Madres para promover la No violencia contra la mujer, la cual tiene como objetivo concienciar sobre la importancia de erradicar la violencia de género y promover relaciones basadas en el respeto y la igualdad.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas, PIC CONVENIO 003-2024

Actividad a tratar:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoria social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia. Se realizará en el área urbana

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
ESE Hospital Héctor Abad Gómez

Actividad No Violencia contra la mujer

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-GAM-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo TIC

FECHA: 31/05/2024

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

Fic 003-2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Griselda Sierra Cruz		X	72	30.783.019		X						Nesperal		Ama de Casa	3188293798	No refiere	Griselda
2	Gladis Nazo		X	27	37.222.289							X	Gaitan		Ama de Casa	No refiere	No refiere	Gladis Nazo
3	Lucila Sanchez		X	71	21928658		X						Buenos aires		Ama de Casa	3204096596	No refiere	Lucilas
4	Maria del carmen Hernandez		X	63	37924140							X	Central		Ama de Casa	3134877320	No refiere	maria H
5	Maria Aura Cano		X	66	37936277							X	Buenosaires		Ama de Casa	3233704236	No refiere	Maria aura cano
6	Maria del carmen Aguilar		X	69	30340739							X	Buenos aires		Ama de Casa	3158168453	No refiere	MARIA
7	Maria Hilda Infante		X	59	40374532							X	Prado		Ama de Casa	3118068588	No refiere	
8	Julia Dolores Peña Jaramillo		X	71	21928154	X							23 de Julio		Ama de Casa	3123766878	No refiere	Julia Peña
9	Bella Flor Ortiz Romero		X	72	28345755							X	Cantarrana		Ama de Casa	3125679310	No refiere	Bella Flor
10	Maria Eucenia Herrera A.		X	66	21938035							X	Victoria		Ama de casa	3123298374	No refiere	Mavia
11	Maria Luisa Herrera B.		X	79	21949483		X						Gaitan		Ama de Casa	No refiere	No refiere	Luisa
12	Gladys Veloza Chaves		X	66	41692443							X	Progreso		Ama de Casa	3206413693	No refiere	Gladys Veloza
13	Nelida Jimenez		X	76	36585211							X	Progreso		Ama de Casa	3017133423	No refiere	Nelida
14	Elizabeth Gonzalez		X	57	36587719							X	23 Julio		Ama de Casa	3106235640	No refiere	Elizabeth G.
15	Luz Marina Herrera		X	68	63471113							X	Brisas		Ama de Casa	3204870417	No refiere	Luz Herrera
16	Estela Ochoa		X	79	21928712		X						Gaitan		Ama de Casa	3146591770	No refiere	Estella ochoa
17	Emilia Quiroga		X	62	63464773							X	Villamana		Ama de Casa	3214313693	No refiere	Emilia Quiroga
18	Maria Elizabeth Seguro		X	68	21928911							X	Vla rinconada		Ama de Casa	3125170947	No refiere	
19	Miriam Pamplona		X	63	46641636							X	Vla condor		Ama de Casa	3186969726	No refiere	
20	Maria Sofia Cogollo		X	61	30649606							X	Villa Maria		Ama de Casa	3128537161	No refiere	Maria cogollo
21	Rosmira Giraldo Barrientos		X	65	36255445							X	Villa Maria		Ama de Casa	3173371466	No refiere	
22	Maria del Carmen Arenas		X	67	37923417		X						Progreso		Ama de Casa	3002487233	No refiere	Maria del Carmen
23	Maria del carmen Jaramillo		X	71	37929761							X	3 de Octubre		Ama de Casa	No refiere	No refiere	Maria
24	Petronila Moreno		X	65	23899632							X	Prado		Ama de casa	3183186469	No refiere	Petronila
	Magda Carcamo		X	66	37932352								Gaitan		Ama de Casa	3102248586	No refiere	magola c

Nota: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Tunkú Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-CaC-DAM-01 869
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pg 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Encuentro comunitario Pdet Promotores de no violencia contra las mujeres

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC

FECHA: 31/08/2024

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 2023-2024

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Noemi Uribe echeverria		X	61	21949 514							X	Naranjos		Ama de Casa	3115328900	No refiere	
2	Blanca Nora Vasquez		X	66	21932.330							X	Gaitan		Ama de Casa	3188439376.	No refiere	
3	Rubis Londoño Pineda		X	61	39032565							X	Naranjos		Ama de Casa	3208843993	No refiere	
4	Maria Margarita Ladino		X	73	21932106							X	Villamaria		Ama de Casa	No refiere	No refiere	
5	Martha Rosa Ladino		X	71	43260003	X							La Paz		Ama de Casa	3158348147	No refiere	
6	Maria Dolores Ladino		X	79	21930176							X	Progreso		Ama de Casa	3002225603	No refiere	
7	Elida Alzuela Carreño		X	68	28211090							X	Naranjos		Ama de Casa	3147992488	No refiere	
8	Arnolda Sanchez		X	47	21950406		X						Naranjos		Ama de Casa	3177448707	No refiere	
9	Maria Gladis Roda		X	84	21930596		X						Naranjos.		Ama de Casa	3152711281	No refiere	
10	Rodelquida Colde		X	76	2801454							X	Prado		Ama de Casa	No refiere	No refiere	
11	Gloria Esperanza Ruiz		X	60	63455691							X	Paraiso		Ama de Casa	3163167967	No refiere	Gloria Ruiz
12	Juana Sanchez		X	64	28322983							X	Villamaria		Ama de Casa	3175270767	No refiere	Juana Sánchez
13	Damaris Amaya		X	57	21949944		X						25 de enero		Ama de Casa	3144729142	No refiere	
14	Martha Isabel Galeano M.		X	64	27681500							X	Prado Viejo		Ama de Casa	3133505102	No refiere	
15	Berta Dolis Rodriguez		X	62	63463385		X						Bimar		Ama de Casa	3158611692	No refiere	
16	Eliza Maria Arias Casallido		X	21	1005185888		X						V. Pt Mangos		Ama de Casa	3144215612	No refiere	Elisa MARIA
17	Miriam Casallido		X	62	23148489		X						V. Pt Mangos		Ama de Casa	3105761851	No refiere	
18	Oliva Mera		X	66	37920482		X						V. San Luis.		Ama de Casa	No refiere	No refiere	
19	Abigail Gomez		X	64	37925839							X	V. San Luis.		Ama de Casa	3244418337	No refiere	
20	Ana Julia Villareal		X	80	21949299							X	V San Luis.		Ama de Casa	3157834758	No refiere	
21	Maribel Charan		X	31	1042212699		X						V. San Luis.		Ama de Casa	3157834758	No refiere	
22	Maria Ruth Castaño		X	73	21950748		X						V San Luis.		Ama de Casa	No refiere	No refiere	
23	Bernarda Isabel Gutierrez		X	76	37920888		X						V. San Luis		Ama de Casa	3246315604	No refiere	
24	Elaines Videz		X	87	23155722							X	V. Km 5		Ama de Casa	3173348190	No refiere	
25	Emilia Loreta Videz		X	61	63466788		X						V. Kilometro 5		Ama de Casa	3173348190	No refiere	

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno	Revisó: Secretaría de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-CAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	21/03/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Encuentro comunitario para promocionar la No Violencia contra la mujer

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC

FECHA: 31/05/2024

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

PIC 003 -2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Maria Dolores Moyano		X	84	21923865							X	la Victoria		Ama de casa	83257766	No refiere	
2	Isabel Reyes Moreno		X	60	21934138							X	San Luis Beltran		Ama de casa	3125269003	No refiere	
3	Silva A. Hernandez		X	76	25960822		X						CPB Calsabt		Ama de Casa	3153051022	No refiere	
4	Rosa Medina Calen		X	63	21949459		X						Progreso		Ama de Casa	3115124554	No refiere	
5	Marlon Cristina Herera		X	60	21949761		X						San Miguel Trigre.	ASOMUTY	Presidenta	3227159433	No refiere	
6	Ana Helena Rios		X	66	37916833							X	X-10.		Ama de Casa	3566671330	No refiere	
7	Nora Quintero		X	75	28613395							X	Puerto Tomas		Ama de Casa	3132509817	No refiere	
8	Ana Julia Capitre B		X	74	37922270							X	Puerto Tomas		Ama de Casa	3203604453	No refiere	
9	Camila Navarro		X	17	1039687141	X							Puerto las Mangas		Estudiante	3243718467	No refiere	
10	Doris Isabel Carvallido		X	69	45595014	X							pto las mangas		Ama de Casa	3124796626	No refiere	
11	Elsida Pitalua D.		X	69	32960063	X							Pto las Mangas		Ama de Casa	3045320388	No refiere	
12	Florentina Hernandez		X	74	28367041							X	Brisas del Oriente		Ama de Casa	NT	No refiere	
13	Juana Isabel Gomez		X	61	36586758	X							El Cordero		Ama de Casa	3142116258	No refiere	
14	Adela Linares		X	77	247047797	X							El Cordero		Ama de Casa	3103312784	No refiere	
15	Rosa Maria Tabara		X	78	37923534							X	El Cordero		Ama de Casa	3133275060	No refiere	
16	Rosa Della Linares		X	70	37919963	X							El Cordero		Ama de Casa	3188953150	No refiere	
17	Graciela Reyes.		X	52	28023618							X	Playas Blancas		Ama de Casa	3187775704	No refiere	
18	Maria Nubia León		X	65	21950327		X						Kilometro 3		Ama de Casa	NT	No refiere	
19	Esmeralda Torres		X	69	21949642	X							Kilometro 5		Ama de Casa	3154062094	No refiere	
20	Janeth Carpio. P		X	46	28489343	X							Vereda Pto Tomas		Ama de Casa	3152209376	No refiere	
21	Verlides Penaloza		X	65	23747731	X							Pto las Mangas		Ama de Casa	3213345896	No refiere	
22	Amanda Andrade		X	70	37921805	X							Puerto las mangas		Ama de Casa	3243718467	No refiere	
23	Nubia del Socorro Soto		X	67	37917726	X							Kilometro 3-3		Ama de Casa	3158811241	No refiere	
24	Nancy M Navarro		X	86	37918353							X	23 de Julio		Ama de Casa	NT	No refiere	
25	Maria Berarda M		X	60	37963475	X							Vereda X-5		Ama de Casa	NT.	No refiere	

Convendones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	FR-GAC-DAM-01 871
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo TIC

FECHA: 31/05/2024

DEPENDENCIA RESPONSABLE: TIC 003-2024

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Monica Elena Vergara		X	71	28014917							X	B. 16		Ama de casa	3116892633	No refiere	
2	Matilde Isabel Ruiz		X	86	26022708		X						V. Kilometro 5		Ama de casa	3173348190	No refiere	
3	Aurora del Carmen Sossa		X	67	21950608		X						V. San Luis		Ama de casa	3044862326	No refiere	
4	Adriana Curicaramo		X	17	1042211378	X							V. San Luis		Estudiante	3245674747	No refiere	Adriana R.S.
5	Maria Edilma Moreno		X	55	21950148							X	B. Central		Empleada	3104866014	No refiere	
6	Angie K Mori		X	26	1112041332							X	Colonia sur		Policia	3214329789	No refiere	
7	Jeorman Vaz Vaz	X		47	88202148		X						Penal		Penal	3219267251	No refiere	
8	Yaneth Monsalvo	X		39	1096216211							X	Centro		Comerciante	3112655827	No refiere	
9	Argemiro Molina	X		57	3816382							X	23 de Julio		Oficios	3217206409	No refiere	
10	Hernando Vega	X		34	1044606782							X	Bca.		Pintor	3164097	No refiere	
11	Jairo Arenas	X		65	3.597.344		X						Las Vegas		Cabillero		No refiere	
12	Oscar acuña acuña	X		64	13.891.750							X	El Prado		cabillero	3246619680	No refiere	Bello
13	Yefren Bello	X		19	1101441794							X	Bolsillo		Soldados		No refiere	
14	Jesus Rodriguez	X		19	1050545592							X	Bolsillo		Soldado	3147500758	No refiere	
15	Maria E. Zabaleta		X	66	37.916.187							X	Central		Pensionada	3187666341	No refiere	
16	Mayerly Tara Hernandez		X	32	1050444769							X	Central		Ama de casa	3102192602	No refiere	
17	Sury Alejandra Molano		X	17	1080551779							X	25 enero		Ama de casa	3126689892	No refiere	Sury Molano
18	Maria Lora Martinez		X	14	1096806688							X	Victoria		Estudiante	3177036143	No refiere	Maria Martinez
19	Naemi Castillo R.		X	20	4478546							X	San Luis		Ama de Casa	3166213646	No refiere	Naemi C.R
20	Angelica Rodriguez		X	42	21950782							X	San Luis		Oficios Varios	3154124914	No refiere	Angelica Rodriguez
21	Fraicedes Fajardo P		X	52	21949542							X	Brisas O		Oficios Varios	3187228729	No refiere	Fraicedes F.P
22	Jessika J Ortega A.		X	35	1042213013							X	Las Vegas		Oficios Varios	3227112641	No refiere	Jessika Ortega
23	Jose D Hernandez		X	36	1096206276							X	Las Vegas		Oficios Varios	3187288721	No refiere	
24	Angie Pedo Madid		X	24	1002465541							X	Brisas O		Oficios Varios	3001698919	No refiere	Angie madid
25	Yamirta Arizón		X	47	21950375							X	30 Octubre		Docente	3185472083	No refiere	

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades Indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DIMENSION CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

TEMA O ACTIVIDAD:

Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual. (menores consumidores e infractores)

LUGAR:

Barrios: Progreso, 25 de enero, victoria, española, nueva esperanza, Gaitán, paraíso, la paz, Villamaría, José domingo oliveros, 23 de julio, brisas del oriente, central, las vegas y corregimiento san miguel del tigre.

POBLACION:

Comunidad en general de Yondó Antioquia.

RESPONSABLE:

Mileidy Rodríguez Pinzón – Psicóloga

OBJETIVO GENERAL

Realizar visitas en los hogares a casos que han sido reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual (menores consumidores e infractores), con el fin, de hacer seguimiento a las diversas situaciones que se presentan.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Brindar acompañamiento a las familias.
- ✓ Orientar a las familias sobre temas que son de su interés.

CONVOCATORIA

Para desarrollar la actividad se genera contacto telefónico con las personas reportadas en el SIVIGILA por casos de violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual, con el fin, de explicarle el proceso del ejercicio, además, de determinar la hora y lugar de encuentro.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

La actividad se desarrolló los días 4, 5, 6, 12, 17, 18, 19, 20, 27, 28 junio 2024 en los barrios Progreso, 25 de enero, victoria, española, nueva esperanza, Gaitán, paraíso, la paz, Villamaría, José domingo oliveros, 23 de julio, brisas del oriente, central, las vegas y corregimiento san miguel del tigre. Se inicia contactando previamente por vía telefónica a la población reportada en el SIVIGILA, con el fin, de determinar el horario para desarrollar las visitas en los hogares, en el mes de junio se desarrollaron 26 seguimientos en el área urbana y 1 en el área rural del municipio, allí, se indago sobre el caso que fue reportado, las personas con las que vive actualmente, su estado emocional a partir del evento, además, si se interpuso la respectiva denuncia según sea el caso, así como las acciones que le enviaron desde el centro de atención, una vez recolectada la información, se prosigue a socializar las rutas de atención del municipio y brindar orientación. Por último, se establecen compromisos referentes a la situación.

RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ En el mes de junio se desarrollaron 26 seguimientos en el área urbana y 1 en el área rural.
- ✓ Sensibilizar a las familias sobre temas que fortalezcan el bienestar emocional.
- ✓ Se activo la ruta de atención a víctima de maltrato en la comisaria de familia

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INDICADOR

Total, Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual. (menores consumidores e infractores).	Número, Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual. (menores consumidores e infractores), realizados.	Número, Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual. (menores consumidores e infractores), pendientes
50	27	23
100%	54 %	46 %



E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

ANALISIS

De la cantidad total de la actividad de Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual. (menores consumidores e infractores) se debían realizar "50" (correspondiente al 100%), el cual, se ejecutaron en el mes de junio 27 visitas, lo que indica que está pendiente el 48% para desarrollar en su totalidad.

INFORME CUANTITATIVO

LUGAR	CANTIDAD
Barrio Progreso, 25 de enero, victoria, española, nueva esperanza, Gaitán, paraíso, la paz, Villamaría, José domingo oliveros, 23 de julio, brisas del oriente, central, las vegas y corregimiento san miguel del tigre.	27 personas
TOTAL	**27 personas**

CONDICION	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	10 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	17 personas

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

GENERO	CANTIDAD
Hombre	10 personas
Mujer	17 personas
TOTAL	**27 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	4 personas
5-11 AÑOS	5 personas
12- 26 AÑOS	8 personas
27-50 AÑOS	9 personas
Mayor de 50 AÑOS	1 personas
Total	**27 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	26 personas
Rural	1 personas
TOTAL	**27 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Mileidy Pinzón

MILEIDY RODRIGUEZ PINZON
Psicóloga

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	17/06/2024.
IDENTIFICACION	1.096.902.727
NOMBRE COMPLETO	Jhoan Sebastian Ortiz Castaño.
EDAD	17
FECHA DE NACIMIENTO	02/Septiembre/2006.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Villamaria.
TELEFONO	3187243635.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Erika Castaño.
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3187243635.
DIRECCION	Barrio Villa Maria.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Recibo impacto de bala.

COMPROMISOS Y ACCIONES
-La familia realiza las respectivas indicaciones brindadas por el personal de salud. - Se establece el compromiso de que la familia en general acudan a terapia psicologica.

FIRMA PARTICIPANTE: Jhoan Sebastian

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Arcon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/ Junio/ 2024.
IDENTIFICACION	43102374
NOMBRE COMPLETO	Maryori Estela Atehortua Vergara.
EDAD	48
FECHA DE NACIMIENTO	6/ Diciembre/ 1976
LUGAR DE RESIDENCIA	Barno la victoria.
TELEFONO	3015313932

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Violencia intrafamiliar por parte de su pareja.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se realiza la actuacion de la ruta por comuaria. - Se dio informacion de los tipos de violencia y el ciclo de esta.

FIRMA: _____

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Amaya

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	17/Junio/2024
IDENTIFICACION	1097194281
NOMBRE COMPLETO	Matias Muñoz Gomez
EDAD	13
FECHA DE NACIMIENTO	07 - Agosto - 2010
LUGAR DE RESIDENCIA	Villa maria
TELEFONO	3213756119

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Luz Karime Gomez
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3213756119
DIRECCION	Barrio Villa maria.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Accidente en moto que ocasiono fractura en el brazo izquierdo.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se creo conciencia sobre los riesgos y peligros a los que estan expuestos los menores. - La familia ha realizado los controles indicados.

FIRMA PARTICIPANTE: Matias M. - Luz KARIME

FIRMA PROFESIONAL: Miledy Pinzón.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	17/ Junio/ 2024
IDENTIFICACION	1001815951
NOMBRE COMPLETO	Gloria susana Muñoz Galeano.
EDAD	21
FECHA DE NACIMIENTO	20/ Septiembre/ 2002.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio 25 de enero
TELEFONO	3126687378

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Demanda a su ex pareja por violencia intrafamiliar.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se dio información de los tipos de violencia y rutas de atención en el municipio. - Se encuentra en acompañamiento psicologico.

FIRMA PARTICIPANTE: Susana Muñoz

FIRMA PROFESIONAL: Milady Pinzón

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/ Junio/ 2024.
IDENTIFICACION	1042213113
NOMBRE COMPLETO	Andres Mateo Ramirez Patiño
EDAD	11
FECHA DE NACIMIENTO	14/Julio/2012
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio 25 de enero
TELEFONO	3158100293

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Yesica Ramirez
PARENTESCO	Madre
TELEFONO	3158100293
DIRECCION	Barrio 25 de enero

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Acudio al hospital por dolor en la costilla.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Realizaron la valoración para descartar posibles diagnosticos.
- Se dio información sobre lo importante que es acudir periodicamente al medico para prevenir diversas enfermedades.

FIRMA PARTICIPANTE: Matias Ramirez — Yesica Ramirez

FIRMA PROFESIONAL: Milady Pinzon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/Junio/2024
IDENTIFICACION	1042216636
NOMBRE COMPLETO	Emmanuel Bravo Riaño
EDAD	9 meses
FECHA DE NACIMIENTO	19/Septiembre/2023
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio la Paz.
TELEFONO	317 5308010

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Veyarleidy Riaño Vanegas.
PARENTESCO	Madre
TELEFONO	3175308010
DIRECCION	Barrio la Paz.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Accidente en moto con el menor.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se brindo información sobre los riesgos y peligros a los que estan expuestos los niños, para asi, generar conciencia sobre estos.

FIRMA PARTICIPANTE: Vieya Riaño

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzón

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/Junio/2024.
IDENTIFICACION	37580588
NOMBRE COMPLETO	Mary isabel Manrilla Moreno.
EDAD	39
FECHA DE NACIMIENTO	11/marzo/1985
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio villa Maria.
TELEFONO	304 642 7917.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Violencia intrafamiliar por parte de su expareja.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se brindo información sobre los tipos de violencia. y el ciclo de esta. - La demanda fue retirada por la afectada.

FIRMA PARTICIPANTE: Mary isabel Manrilla Moreno.

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/ Junio/ 2024.
IDENTIFICACION	1042215731
NOMBRE COMPLETO	Liat Maite Florez Mendez
EDAD	4
FECHA DE NACIMIENTO	29/ Octubre/ 2019
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Gaitan
TELEFONO	3153902814.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Neymar Florez Bayona
PARENTESCO	Padre.
TELEFONO	3134064400
DIRECCION	Barrio Gaitan.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Acudio a la E.S.E por cortada en la mano con vidrios.

COMPROMISOS Y ACCIONES
-No se evidencia signos de violencia y maltrato hacia la menor, se brindo informacion sobre los riesgos y peligros a los que estan expuestos los menores.

FIRMA PARTICIPANTE: Neymar Florez.

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/Junio/2024
IDENTIFICACION	1042214376
NOMBRE COMPLETO	Wendy Vanessa Tayardo Avila.
EDAD	27
FECHA DE NACIMIENTO	1/Agosto/1996.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Ulhanana.
TELEFONO	3126527413.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Agresion fisica.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Las entidades competentes estan realizando el proceso de intervención. - Se dio información sobre resolución de conflictos, por medio de la comunicación asertiva.

FIRMA PARTICIPANTE: _____

FIRMA PROFESIONAL: Mlendy Pinzón

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/ Junio/2024.
IDENTIFICACION	63459631
NOMBRE COMPLETO	Maria Eugenia Yasos.
EDAD	53
FECHA DE NACIMIENTO	25/ Febrero/1971
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Paraiso
TELEFONO	3217260756

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Acudio a la E.S.E, por herida en la ceja ocasiona por disputa con su hijo.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se brindo información de los tipos de violencia. - Las entidades competentes intervinieron generando una orden de captura.

FIRMA PARTICIPANTE: _____

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pimon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/ Junio/ 2024
IDENTIFICACION	1096227023
NOMBRE COMPLETO	Marlon Andres Agudelo Monsalve
EDAD	12
FECHA DE NACIMIENTO	13/Abril /2012
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Cenlan
TELEFONO	3118422671

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Estefania Monsalve Mendez
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3155680968
DIRECCION	Barrio los palmitos.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Acudieron a urgencias por sangrado en la nariz.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se dio información sobre la importancia de realizar chequeos medicos para prevenir enfermedades.

FIRMA PARTICIPANTE: Marlon Andres Agudelo Monsalve - Estefanía M

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzón

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	19/ Junio/ 2024.
IDENTIFICACION	1001814774.
NOMBRE COMPLETO	Laura Yiseth Ventez Diaz.
EDAD	21
FECHA DE NACIMIENTO	06/ Junio/ 2003
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Jose domingo Oliveros.
TELEFONO	3014148942.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Interpuso demanda a su expareja por acoso.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se encuentra recibiendo atención psicologica en su eps.
- Se dio información de los tipos de violencia.

FIRMA: Laura Ventez.

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzón.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	19/Junio/2024.
IDENTIFICACION	1096216858
NOMBRE COMPLETO	Emmanuel Yesid Tovar Morales.
EDAD	13
FECHA DE NACIMIENTO	15/Julio/2010
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio 23 de Julio.
TELEFONO	3207641390

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Yury Morales Tabares.
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3207641390.
DIRECCION	Barrio 23 de Julio.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Acudio a la E.S.E por impacto de bala en el pie.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se establece el compromiso de acudir a consulta psicologica. - Se brinda información sobre vinculos familiares, pautas de crianza.

FIRMA: Emmanuel Yesid Tovar Morales

FIRMA PROFESIONAL: Milady Amon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	19/Junio/2024.
IDENTIFICACION	1096215555.
NOMBRE COMPLETO	Yesenia Castrillon Nieves.
EDAD	32
FECHA DE NACIMIENTO	02/Abril/1992.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Central
TELEFONO	3008344558

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Denuncia por violencia intrafamiliar, psicologica y economica.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se reforzo informacion sobre los tipos de violencia. - Adicionalmente, se explico la importancia del acompañamiento de su red de apoyo en esta situacion.

FIRMA: Yesenia Castrillon N.

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzon

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	20/Junio/2024.
IDENTIFICACION	PPT 6066716
NOMBRE COMPLETO	Yudaxis Carolina Flaudita Moreno
EDAD	30
FECHA DE NACIMIENTO	03/06/1994
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Brisas del oriente.
TELEFONO	3044413069

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Realizo demanda de orden de alejamiento hacia su expareja.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- La entidad competente desarrollo la intervención, y el proceso ya finalizo. - Se brindo información para fortalecer la Salud mental aportando a su bienestar y cuidado personal.

FIRMA: flaudita

FIRMA PROFESIONAL: Milendy Pinzon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	12 / Junio / 2024
IDENTIFICACION	1065243718
NOMBRE COMPLETO	Lilian Yaradi Tapias Estrada
EDAD	31
FECHA DE NACIMIENTO	31/Marzo/ 1993
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio el progreso
TELEFONO	3174860043.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Remitida a la E.S.E por comisaria para atención psicologica.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se solicito cita con la psicologa de la E.S.E.
- Se reforzo información sobre los tipos de violencia y como afectan la salud mental.

FIRMA: Lilian Tapias Estrada

FIRMA PROFESIONAL: Milendy Pinión

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	17/06/2024.
IDENTIFICACION	1042212812
NOMBRE COMPLETO	Saray Pedroza Sajonero.
EDAD	12
FECHA DE NACIMIENTO	28/Junio/2011.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio la Paz.
TELEFONO	3153015943.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Edelsy Sajonero Pimienta
PARENTESCO	Madre
TELEFONO	3153015943.
DIRECCION	Barrio la Paz.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Cambios en el comportamiento, a partir, de la Separación de los padres.

COMPROMISOS Y ACCIONES
• Se compromete a continuar con las terapias psicologicas. • Se explicaron los posibles cambios que puede ocasionar una separación familiar en los niños y estrategias que se pueden implementar para minimizar este comportamiento.

FIRMA PARTICIPANTE: Saray Pedroza Sajonero

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzón

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	05/ Junio/ 2024
IDENTIFICACION	63465556
NOMBRE COMPLETO	Adriana del Socorro Pepes.
EDAD	49
FECHA DE NACIMIENTO	19/ Marzo/ 1975.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Nueva esperanza.
TELEFONO	3154660619.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Agresion fisica por parte de su hija.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se brinda orientacion sobre los tipos de violencia y rutas de atencion, ademas, de los vinculos familiares.

FIRMA: Adriana Pepes

FIRMA PROFESIONAL: Milady Pinzon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	05/Junio/2024
IDENTIFICACION	1185464431
NOMBRE COMPLETO	Dylan Santiago Martinez.
EDAD	8.
FECHA DE NACIMIENTO	17/Diciembre/2015.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio el prado
TELEFONO	3132784156

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Zoraida Fernandez Vargas.
PARENTESCO	Abuela.
TELEFONO	3132784156.
DIRECCION	Barrio el prado.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Caida en bicicleta que le ocasiono una herida en la cadera.

COMPROMISOS Y ACCIONES
• Se brindo información sobre la importancia de seguir las recomendaciones brindadas por los profesionales de la salud.

FIRMA: _____

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Armijo

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	05/Junio/2024
IDENTIFICACION	1042216073.
NOMBRE COMPLETO	Ethan Anola.
EDAD	3
FECHA DE NACIMIENTO	8/Abril/2021
LUGAR DE RESIDENCIA	Nueva esperanza.
TELEFONO	3222316036.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Yarithza Anola Gonzalez.
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3222316036.
DIRECCION	Nueva esperanza.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Caida en moto que le ocasiono fisura en la clavicula.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Continuar asistiendo a los controles y seguimientos medicos.
- Se brindo información sobre los peligros y riesgos a los que pueden estar expuestos los menores, con el fin de crear conciencia sobre los cuidados.

FIRMA: YARITHZA ANZOLA GONZÁLEZ.

FIRMA PROFESIONAL: M. Lesly Pinzón

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	12/Junio/2024
IDENTIFICACION	1082932056.
NOMBRE COMPLETO	Alba Luz León Molina.
EDAD	35.
FECHA DE NACIMIENTO	17/Abril/1989.
LUGAR DE RESIDENCIA	Itaua la Paz.
TELEFONO	3219421983.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Acudio a urgencias por dolor en el utero. (Despues de realizar una fuerza).

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se realizo socialización de los diferentes tipos de violencia y rutas de atención que existen en el municipio.
- Se compromete a solicitar la cita en la ciudad de medellin con especialista en ginecologia,

FIRMA: Alba Luz León Molina

FIRMA PROFESIONAL: Milerky Pimón.

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	04/06/2024.
IDENTIFICACION	21950897
NOMBRE COMPLETO	Karina Martinez Lopez.
EDAD	39
FECHA DE NACIMIENTO	06/05/1985
LUGAR DE RESIDENCIA	Corregimiento San Miguel del Tigre.
TELEFONO	3106921796.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Agresion fisica por parte de la ex pareja

COMPROMISOS Y ACCIONES
• Se brinda informacion sobre los tipos de violencia. • Se dio información sobre las rutas de atención. • Se establece el compromiso de asistir a terapia psicologica.

FIRMA: Karina Martinez

FIRMA PROFESIONAL: Milady Pinzón.

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	28/06/24
IDENTIFICACION	1043194279
NOMBRE COMPLETO	Zoe Damara Lopez Lopez
EDAD	4
FECHA DE NACIMIENTO	29/09/2019.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio las Vegas
TELEFONO	3006623485

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Yerli Ximena Lopez Ramirez.
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3006623485.
DIRECCION	Barrio las Vegas.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Acudio a urgencias por infeccion y flujo vaginal.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se indago sobre el caso, la E.S.E realizo la respectiva remision a comisaria y asu vez la fiscalia.
- Se descarto que la menor haya sido victima de abuso sexual.
- Estan acudiendo atencion psicologica.
- Se brindo informacion sobre la importancia de la higiene y cuidado personal.

FIRMA: Yerli Lopez.

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzon.

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	27/06/24
IDENTIFICACION	1039705123
NOMBRE COMPLETO	Alan Gerart Upegui Restrepo.
EDAD	7
FECHA DE NACIMIENTO	8/ Julio /2016
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Victoria.
TELEFONO	3175678000

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Angie Carolina Restrepo Aguilar.
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3175678000
DIRECCION	Barrio Victoria.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Acudio a la E.S.E. HHAP, porque sufrio caida en el colegio, golpeandose la cabeza.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se indago por lo sucedido, el cual, el menor sufrio el accidente en el colegio.
- En la E.S.E HHAP, realizaron la debida atención, en la cual, le tomaron 4 puntos, y le enviaron acetaminofen y crema cicatrizante.

FIRMA PARTICIPANTE: Angie Carolina Restrep.

FIRMA PROFESIONAL: Mildy Pinzón

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	27/06/24
IDENTIFICACION	1005187957
NOMBRE COMPLETO	Gonalo Vanegas Gomez
EDAD	23
FECHA DE NACIMIENTO	03/10/2000
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio la esperanza
TELEFONO	3013745496.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Acudio a la E.S.E.H.H.A.G. por agresión fisica.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se indago sobre el caso y acciones realizadas.
- Se brindo información sobre la importancia de resolucion de conflictos, ademas, de las rutas de atención del municipio.

FIRMA PARTICIPANTE: _____

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	27/06/24.
IDENTIFICACION	6914605
NOMBRE COMPLETO	Yamari Yulieth Gonzalez Molina.
EDAD	13
FECHA DE NACIMIENTO	07/Septiembre/2010
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio 25 de enero.
TELEFONO	

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Yolibeth Coromoto Molina
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	
DIRECCION	Barrio 25 de enero

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Ingirio alcohol antiseptico que se encontraba en la nevera.

COMPROMISOS Y ACCIONES
• Se indago sobre el caso. • Se estableció el compromiso de asistir a consulta psicologica enviada por la E.S.E. H.H.A.G.

FIRMA PARTICIPANTE: yamari Gonzalez

FIRMA PROFESIONAL: Mirady Pinzón

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	27/06/2024
IDENTIFICACION	1042213834.
NOMBRE COMPLETO	Shayra Valeria Barrios Cristancho.
EDAD	10
FECHA DE NACIMIENTO	10/Mayo/2014.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio el progreso.
TELEFONO	

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Blanca Elena Mejia Diaz
PARENTESCO	Abuela.
TELEFONO	
DIRECCION	Barrio el progreso.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Caida de la menor que ocasiona fisura en el brazo derecho.

COMPROMISOS Y ACCIONES
• Iniciar con las terapias para movilidad en el brazo. (En vacaciones del colegio, ya que, no las han autorizado la EPS). • Se reforzo a la familia los cuidados y precauciones con los niños.

FIRMA PARTICIPANTE: Shayra Valeria - Blanca Elena Mejia.

FIRMA PROFESIONAL: Milady Pinzon.

Municipio de Turbaco Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código	FR-GAC-GNA001 V 01.0
Fecha de Aprobación	21/03/2024
Versión	1
Página	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de genero y abuso sexual
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Mileidy Pinzon - Psicologa
FECHA:	4/5/12/17/18/19/24/28/Junio/2024
DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 003-2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Sharra Valeria Barros		X	10	1042213834							X	Progreso		estudiante.	3137980697		Sharra Valeria
2	Yaimara Yuleth Molina		X	13	6914605							X	25 de enero		estudiante.	3001899544		Yaimara
3	Alan Gerart Upegui	X		7	1039705123							X	Victoria		estudiante.	3175678000		Carolina R.
4	Gonzalo Banegas Gomez	X		23	1005187957							X	Esperanza		estudiante	3013745496	30 Gonzalo@gmail	
5	Zoe Daviana Lopez Lopez		X	4	1043194279		X						Las Vegas		Infante	3006623485.		Yesi Lopez
6	Karina Martinez Lopez		X	39	21950897		X						San miguel del viajre.		Ama de casa.	3106921796		Karina Martinez
7	Adriana del Socorro Yepes L		X	49	63465556		X						Nueva esperanza		Independiente	3143123280		Adriana Yepes
8	Adriana Estrada	X		3	1042216073							X	Nueva esperanza		Infante	3222316036		Yesenia Arrieta
9	Ethan Anda	X		8	1185464431							X	Prado.		estudiante.	3132784156		Yoaida Fernandez
10	Dylan Santiago Martinez M	X		8	1082932056		X						La Paz		Oficios Varios	3219621983		Yesi Lopez
11	Alba Ln Leon Molina		X	35	1065243718							X	Progreso		Ama de casa	3174960043		Lilian Tapias
12	Lilian Estrada Tapias Estrada		X	31	1042212812		X						La Paz		estudiante	3153015943		Jasay Pedroso
13	Saray Pedroso Sajonero		X	12	1096802727		X						Villamaria		estudiante	3197243635		Jhoan Sebastian
14	Jhoan Sebastian Ortiz	X		17	1097194281		X						Villamaria		estudiante	3213756119		Matias M.
15	Matias Muñoz Gomez	X		13	1001815951							X	25 de enero		Ayudar papas trabaja	3126687379		Susana N
16	Gloria Susana Muñoz Cadavid		X	21	1042213113							X	25 de enero		estudiante	3158100293		Matias Dennis
17	Andrey Matias Ramirez Patiño	X		11	1042216636							X	La Paz		Infante	3175308010		Yoya Riano
18	Emmanuel Bravo Riano	X		9m	37580588							X	25 de enero		Independiente	3046427317.		Mary Isabel Montilla
19	Mary Isabel Montilla Marero		X	39	1042215731							X	Gaitan		Infante.	3153902814		Neymar Hoyos
20	Liat Maite Flores Mendez		X	4	6345931		X						Paraiso		Independiente	3217260756		Maria E Yepes
21	Maria Eugenia Yepes		X	53	1096227023								Gaitan		estudiante	3118422671		Marian Andrea
22	Marlon Andres Agudelo Marquez	X		12	1042214376							X	Villamaria		Ama de casa	3126527413		Wendelyn
23	Wendy Vanesa Fayardo		X	27	43102374		X						Victoria		Ama de casa	3015313932		
24	Meingori Atlebarba		X	48	1001814779		X						Jose Domingo		Call center	3014148942.		Laura Ventet
25	Ruth Ventez Diaz		X	21	1096216858							X	23 de Julio		estudiante	3207641390		Emmanuel Tovar Morales
26	A Tovar Morales	X		13														

1. Asistencia de diferentes Mpio, 2. Desplazado, 3. Negociador y/o Afrodescendientes, 4. Mujeres en gestación, 5. Comunidades Indígenas, 6. Comunidad LGTBIQ, 7. No pertenece a ninguno de los anteriores.

Nombre Secretaría de Planeación TIC y Desarrollo Territorial

Nombre Secretaría Gestión y de Talento Humano

Firma

FORMATO CONTROLADO NO MANUSCRITO DETONDO

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PR-GAC-DAM-08 906
Fecha de Aprobación:	21/03/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de genero y abuso sexual.
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Mileidy Pinzon – Psicologa.
FECHA:	19-20 de Junio/2024
DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 003-2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Yesenia Castrillon Nuñez		X	32	1096215555							X	Central		Ingeniera	3008344598		Yesenia Castrillón N.
2	Yudaris Cardines Aranda M		X	30	6066716							X	Brisas		Ama de casa	3044413069		Flavita
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.384-7

DIMENSION CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

TEMA O ACTIVIDAD:

Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general.

LUGAR:

Centro vida "Canitas sabias", Vereda San Luis Beltrán, Mega colegio, Vereda caño negro, Corregimiento San Miguel del tigre, Kilometro 5.

POBLACION:

Comunidad en general de Yondó Antioquia.

RESPONSABLE:

Mileidy Rodriguez Pinzón – Psicóloga

OBJETIVO GENERAL

Brindar atención mediante el centro de escucha a la comunidad general, con fin, de identificar factores de riesgos y promover una sana salud mental a la población.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Atender a la población en general.
- ✓ Identificar factores de riesgo o alerta.
- ✓ Intervenir adecuadamente las problemáticas.

CONVOCATORIA

Se ha desarrollado la actividad vinculándose en las jornadas de atención integral desarrolladas por la E.S.E Hospital Héctor Abad Gómez, utilizando la estrategia para impactar a la cantidad de la población.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

La actividad se desarrolla en las diferentes actividades que se logró la vinculación, ofreciendo un espacio adecuado para la atención a la población que desea participar. Adicionalmente, por medio, de difusión de imagen informativa y presentación de ofertas de servicios en dichas jornadas. Para la intervención con la comunidad se diligenciaron los formatos correspondientes como consentimiento información, formato de atención y lista de asistencia. Se brindo un acompañamiento pertinente a la comunidad de acuerdo a las necesidades personales.

RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ Se realizo atención en el área urbana y rural.
- ✓ Se intervino adecuadamente las problemáticas personales, brindándoles estrategias que aporten a su conocimiento y herramientas para sobrellevarlas.

INDICADOR

Total, Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general.	Número, Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general, realizados.	Número, Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general, pendientes
200	83	118
100%	40%	60%



ANÁLISIS

De la cantidad total de la actividad de Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general se debían realizar "200" (correspondiente al 100%), el cual, se han ejecutado al mes de junio 83 atenciones, lo que indica que está pendiente el 58,5 % para desarrollar en su totalidad.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INFORME CUANTITATIVO

LUGAR	CANTIDAD
Centro vida "Canitas sabias", Vereda San Luis Beltrán, Mega colegio, Vereda caño negro, Corregimiento San Miguel del tigre, Kilometro 5.	83 personas
TOTAL	**83 personas**

CONDICION	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	1 personas
Victima	32 personas
Negritudes/Afrodescendientes	2 personas
Mujeres en gestación	2 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	46 personas
TOTAL	**83 personas**

GENERO	CANTIDAD
Hombre	4 personas
Mujer	79 personas
TOTAL	**83 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	35 personas
27-50 AÑOS	41 personas
Mayor de 50 AÑOS	7 personas
Total	**83 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	51 personas
Rural	32 personas
TOTAL	**83 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Mileidy Pinzón

MILEIDY RODRIGUEZ PINZON
Psicóloga

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Alejandra Hernandez Mora identificado con documento Cedula número 1018222257 de Santa Rosa de Osos manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pùblica y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

Alejandra H M.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1018222257							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Alejandra Hernandez Mora.								
	14	12	2003										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Calle 55 Cra 51 #51-05			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Central						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
			X										
Correo electrónico	ultimacopa00@gmail.com				Celular	3046752424							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
			X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		C13										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Orientación sobre el proyecto de vida y estado emocional.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Alejandra Hernandez Mora		
Documento	C.C: 1018222257	Parentesco	
Correo	ultimacopa00@gmail.com	Celular	3046752424

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024.

LUGAR: Centro vida.

Yo, Yormain Jiménez Guerra identificado con documento CC número 1042214063 de Yondó manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1042214063						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Yormary Jimenez							
	24	12	1996.									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
	X								X			
Dirección	G55a #54-46			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		Gaitan.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
			X									
Correo electrónico					Celular	3155078741						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
			X									
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		B2									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda orientación sobre pautas de crianza y limites en el hogar.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yormary Jimenez.		
Documento	C.C. 1042214063	Parentesco	
Correo		Celular	3155078741

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo. Albeiro Navarro identificado con documento Cedula número 1042210281 de Yondó manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Ramón

FIRMA PARTICIPANTE:

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042210281							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Albeiro Navarro								
	29	09	1984										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X							X					
Dirección	Cll 44 #40-78			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Brisas.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico					Celular	3148570626							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A1										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro Vida.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL											
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024					
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	
Anotación	Cuidado de la Salud mental y desarrollo de la habilidad Social.										
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información				
	Recomendación										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Albeiro Navarro		
Documento	CC 1042210281	Parentesco	
Correo		Celular	3148570626

918

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Griselda Sierra Diaz identificado con documento Cedula número 30700083014 de Simiti Bolivar manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Anaya

FIRMA PARTICIPANTE:

Griselda

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			3070083014							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Griselda Sierra Diaz.								
	05	04	1952										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
				X					X				
Dirección	Lote No. 074			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Nueva esperanza						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
						X							
Correo electrónico					Celular	3188293798.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A4										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Fortalecimiento de los vinculos afectivos y redes de apoyo.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Griselda Sierra Diaz.		
Documento	C.C. 3070083014	Parentesco	
Correo		Celular	3188293798.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024.

LUGAR: Centro vida.

Yo, María Ruth Castaño. identificado con documento Cedula número 21950748 de Yondó manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Anión.

FIRMA PARTICIPANTE:

MaríaRC

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.854-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			21950748							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	María Ruth Cartaño.								
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
					X				X				
Dirección	Vereda San Luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San Luis.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3188293798.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A4										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Información para acceder al sistema de salud en el municipio.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	María Ruth Cartaño.		
Documento	C.C 21950748.	Parentesco	
Correo		Celular	3188293798.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, María Elisabeth Segura identificado con documento cedula número 21928911 de Puerto Berrio. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicologia. De igual manera, manifiesto que accedi voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leido y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			21928911							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Maria Elizabeth Segura.								
	24	10	1955.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda la Rincanada			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Rincanada.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3125170947							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B1										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida
Conocimiento	Voz a Voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Orientacion sobre cuidado personal y bienestar emocional.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Maria Elizabeth Segura.		
Documento	C.C. 21928911	Parentesco	
Correo		Celular	3125170947.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Eliza Maria Anas Carvallido identificado con documento Cedula número 1005185988 de Yondó manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

Elisa MARIA

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1005185888							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Eliza Maria Arias Carvallido.								
	29	04	2003										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Vereda Puerto los Mangos.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Pt Mangos.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3144215612.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
		X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro Vida.
Conocimiento	Voz a Voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Orientación para iniciar un embarazo saludable.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Eliza Maria Arias Carvallido		
Documento	1005185888	Parentesco	
Correo		Celular	3144215612.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Karen Yalile Ayala Rodriguez identificado con documento cedula número 1042214850 de Yondo. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pirón

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042214850							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Karen Ariza								
	03	12	1998										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Barrio 23 de Julio.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		23 de Julio						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico					Celular	302 367 2930							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B 4										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Tipos de violencia a los que pueden estar expuestas las personas.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Karen Ariza		
Documento	1042214850	Parentesco	
Correo		Celular	3023672930.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro Vida

Yo, Karen Vergara identificado con documento cedula número 1039702053 de Pto Berrio manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinian

FIRMA PARTICIPANTE:

Karen Vergara

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1039702053						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Karen Vergara.							
	24	10	1995									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
			X						X			
Dirección	Barrio 23 de Julio			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		23 de Julio.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
			X									
Correo electrónico	Jhmyjan821@gmail.com.				Celular	3204696153						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
		X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
		X										
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		B4.									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2014						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Tipos de rutas de atención del municipio.											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X				
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Karen Vergara.		
Documento	C.C. 1039702053.	Parentesco	
Correo	JKmyjan 821 @ gmail.com	Celular	320 4696153

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Gloria del Carmen Peñate Guzman identificado con documento cedula número 21949524 de Yondó manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

Gloria delcarmen peñate G

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			21949524							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Gloria del Carmen Peñate Barron								
	03	04	1962										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Cr 46 #54-91			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Progreso.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3133103220							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		C7										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro Vida.
Conocimiento	Voz a Voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Habitos de vida Saludable para su edad.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Gloria del Carmen Peñate Barron		
Documento	CC. 21949524	Parentesco	
Correo		Celular	3133103220

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Nubia del Socorro Villa Suarez. identificado con documento Cedula número 37917726 de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pimón

FIRMA PARTICIPANTE:

Nubia Villa

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.554-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			37917726							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Nubia del Socorro Villa Suarez								
	23	11	1956										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Vereda Kilometro 3			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Kilometro 3						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
						X							
Correo electrónico					Celular	3158811241							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A3.										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Relaciones familiares y fortalecimiento de reder de apoyo.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Nubia del Socorro Villa Suarez		
Documento	37917726	Parentesco	
Correo		Celular	3158811241

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Leonor Lozano Criado identificado con documento Cedula número 37 927 155 de Barranquilla manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Arcon

FIRMA PARTICIPANTE:

Leonor Lozano.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.554-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			x			37927155							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Leonor Lozano								
	09	06	1958										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda remolino.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						x	Remolino.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3168113834							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indigena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna								
					X								
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
			X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A4										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro Vida
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	x			
Anotación	Solicita información sobre el fortalecimiento de las redes de apoyo familiares.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	x					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Leonor Lozano		
Documento	37927155.	Parentesco	
Correo		Celular	3168113834

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

936

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02-Junio-2024

LUGAR: Vereda San luis Beltran

Yo, Diana Baquero identificado con documento Cedula número 52770536 de Bogota manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

Diana Baquero

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			52770536							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Diana Vaquero								
	06	07	1976										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda San Luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San Luis						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3104599881							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B2										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San Luis Beltran
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda orientación sobre pautas de crianza y cuidados en el hogar.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Diana Baquero		
Documento	C.C. 52770536	Parentesco	
Correo		Celular	3104599881

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02 - Junio - 2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran.

Yo, Noemi Castillo Rangel identificado con documento Cedula. número 1°042213959 de Yondo (A) manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Noemi Castillo R.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042213959							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Naemi Castillo Rangel								
	6	06	1996										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X											
Dirección	Vereda San luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						x	San luis						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico	castillorangelnaemi@gmail.com				Celular	3166213646.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna								
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A4.										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San luis Beltran.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	2	Mes	06	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre inteligencia emocional y la influencia que tiene en la vida.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Naemi Castillo Rangel		
Documento	C.C. 1042213959	Parentesco	
Correo	Castillorangelnaemi@gmail.com.	Celular	3166213646.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.584-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 07 - Junio - 2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Luisa Marica Sema Hernandez identificado con documento Cedula número 1039701103 de Puebo Berna. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milendy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Luisa Sema

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1039701103						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Luisa Maria Serna Hernandez.							
	18	01	1995									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	la tapita lote 1			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	la tapita					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
		X										
Correo electrónico					Celular	3187824899						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		A4									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	07	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda orientación sobre señales de alerta en los niños y la importancia de un diagnostico a temprana edad.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Luisa Maria Serna		
Documento	1039701103.	Parentesco	
Correo		Celular	3187824899.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 07/Junio/2024.

LUGAR: Centro vida.

Yo, Sofia Ardila Rueda identificado con documento Cedula número 1042215054 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicologia. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Sofia Ardila Rueda

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.864-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1042215054						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Sofia Ardila Rueda							
	07	05	1999									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Lote 32			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		Palmitas.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
			X									
Correo electrónico					Celular	3188322750.						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
						Coosalud						
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		B7									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	07	Mes	Junio	Año	2024.						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Se brinda informacion sobre pautas de crianza, vinculos afectivos											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X				
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Sofia Ardila Rueda		
Documento	1042215054	Parentesco	
Correo		Celular	3188322750

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02-Junio-2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran.

Yo, Juan Carlos Lerma Quintana. identificado con documento Cedula número 1042211482 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Arrión.

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042211482							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Juan Carlos Lerma Quintana								
	5	05	1989										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X						X					
Dirección	Vereda San Luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San Luis.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
				X									
Correo electrónico					Celular	3227112642.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B6										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San Luis Beltran.
Conocimiento	Voz a Voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Pautas de crianza, para ejercer una crianza respetuosa.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Juan Carlos Lerma Quintana.		
Documento	C.C. 1042211482	Parentesco	
Correo		Celular	3227112642.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02 - Junio - 2024.

LUGAR: Vereda San Luis Beltran

Yo, Erika geni [illegible] identificado con documento cedula número 1096192001 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 890.014.854-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1096192001						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Erika Geni							
	13	11	1995									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Vereda San luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	San luis.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
				X								
Correo electrónico	geniruera erikajulieth@gmail.com				Celular	3184623669						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
		X										
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		A1									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San luis Beltran.
Conocimiento	Perfoneo.

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024.						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Recomendaciones de habitos saludables que influyan a nuestro bienestar y salud mental											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información					
	Recomendación	X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Erika geni.		
Documento	C.C. 1096192001	Parentesco	
Correo	geniruera erika julieth @ gmail.com	Celular	3184623669.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02-Junio-2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran

Yo, Daniela Ruiz Gaona identificado con documento Cedula número 1005179296 de Yondó Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzon.

FIRMA PARTICIPANTE:

Daniela Ruiz

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1005179296						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Daniela Ruiz Geni.							
	18	04	1999									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
	X								X			
Dirección	Vereda San Luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	San Luis					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
		X										
Correo electrónico					Celular	3006466229						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		A2.									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San Luis Beltran
Conocimiento	U02 a U02

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Pautas para tener una salud mental y sentir bienestar.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Daniela Ruiz Geni		
Documento	C.C. 1005179296.	Parentesco	
Correo		Celular	3006466229

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02 - Junio - 2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran

Yo, Patricia Lorena Quintana. identificado con documento Cedula número 1042240076 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Miledy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042210076.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Patricia lerma Quintana.								
	16	04	2004.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Vereda San luis *Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San luis						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico	patricialerma 04 @ gmail.com.				Celular	3113820319							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B5.										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San luis Beltran.
Conocimiento	Voz a Voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Estrategias para desarrollar la inteligencia emocional.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Patricia lerma Quintana		
Documento	1042210076	Parentesco	
Correo		Celular	3113820319

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02-Junio-2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran.

Yo, Yerson Alexander Sanchez Rivas identificado con documento Cedula. número 1062212961 de Yondo manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicologia. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinon.

FIRMA PARTICIPANTE:

Yerson Sanchez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042212961							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Yeison Alexander Gallardo.								
	12	01	1994										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X							X					
Dirección	Vereda San luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San luis.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico	gallardodimas4@sonalexander@gmail.com				Celular	3015702402.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		D4										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San luis Beltran
Conocimiento	VO2 a VO2

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Sobre como desenvolverse en diferentes entornos sin que las emociones intervengan.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yeison Alexander Gallardo		
Documento	c.c. 1042212961.	Parentesco	
Correo		Celular	3015702402

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02- Junio- 2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran.

Yo, Santiago Flórez Quiroz identificado con documento TI número 1096905501 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Prinón

FIRMA PARTICIPANTE:

Santiago

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
		X				1096805501							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Santiago Florez Duran								
	03	08	2009										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X							X					
Dirección	Vereda San luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San luis.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3142436449							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
		X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San luis Beltran.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda orientación sobre control de impulsos y manejo de emociones.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Mirley Duran.		
Documento	cc. 63433210	Parentesco	Madre.
Correo		Celular	3142436449

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02 - Junio - 2024.

LUGAR: Vereda San Luis Beltran

Yo, Mirley Quiroz identificado con documento Cedula. número 1063433210 de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leido y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Arón

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			63433210							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Mirley Quiroz.								
	19	10	1976.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Vereda San luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San luis.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico					Celular	3142436449.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
		X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San luis Beltran.
Conocimiento	

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Pautas de crianza.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Mirley Quiroz		
Documento	63433210	Parentesco	
Correo		Celular	3142436449.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02-Junio-2024.

LUGAR: Vereda San Luis Beltran

Yo, Dilia María Vásquez Moreno identificado con documento Cedula número 39178855 de Medellin manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milenky Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Dilia M. Vásquez M.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			39178855.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Dilia Maria Mosquera.								
	21	11	1983										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Cll 50 #51-16			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Central						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico	Katim211@gmail.com				Celular	3154040578.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
			X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
					X								
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		D5.										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San Luis Beltran
Conocimiento	Voz a Voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Manejo de emociones.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Dilia Maria Mosquera.		
Documento	C.C. 39178855.	Parentesco	
Correo	Katim211@gmail.com	Celular	3154040578

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 11/Junio/2024

LUGAR: Caseta Comunal Kilometro 5.

Yo, Nancy Johana Paloma Tovar identificado con documento Cedula número 1001814885 de Yondó manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon.

FIRMA PARTICIPANTE:

Nancy J. Paloma Tovar.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 890.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1001814885							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Nancy Johana Paloma Tovar								
	05	04	1996										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda Kilometro 5.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Kilometro 5.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
			X										
Correo electrónico					Celular	3188722459							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
						Salud Total							
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A1.										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Kilometro 5.
Conocimiento	Voz a Voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia		Mes		Año								
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brindo información sobre la influencia de las emociones en nuestro vivir.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Nancy Johana Paloma Tovar		
Documento	1001814885	Parentesco	
Correo		Celular	3188722459.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.054-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 11/JUNIO/2024

LUGAR: Corela Comunal Kilometro 5.

Yo, Roxana Herrera Alvarez. identificado con documento PPT número *5861604 de Bogota manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinion

FIRMA PARTICIPANTE:

Roxana Herrera

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.864-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro		Numero de documento					
					PPT		5861604					
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Roxana Herrera Alvarez							
	11	11	2000									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Vereda Kilometro 5			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	Kilometro 6.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario		Sin escolaridad					
	X											
Correo electrónico					Celular	3222638847						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		B1.									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Kilometro 5.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	11	Mes	Junio	Año	2024						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Se orienta para implementar una crianza amorosa, basada en el respeto y confianza											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información					
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Roxana Herrera Alvarez		
Documento	5861604	Parentesco	
Correo		Celular	3222638847.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 11/Junio/2024

LUGAR: Caseta Comunal Kilometro 5.

Yo, Jhoana Marcada Carrillo identificado con documento cedula número 1010078455 de Cucuta. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicologia. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimon

FIRMA PARTICIPANTE:

Jhoana marcada.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1010078455							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Jhoana Mercada Carrillo								
	12	06	2000										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda Kilometro 5			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Kilometro 5.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3226449891							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		C4										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Kilometro 5.
Conocimiento	Voz a Voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	11	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Información sobre pautas de crianza.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Jhoana Mercada Carrillo.		
Documento	1010078455.	Parentesco	
Correo		Celular	3226449891.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 11/ Junio/ 2024.

LUGAR: Caseta Comunal Kilometro 5.

Yo, Martha Ofelia Rivera Quinchia. identificado con documento Cedula número 32007138. de San Pablo manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Piman

FIRMA PARTICIPANTE:

Martha Rivera

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			32007138							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Martha Ofelia Rivera Quinchia.								
	27	01	1975.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Barrio el Prado			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Prado.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico					Celular	3208031269							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
						Salud total							
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B6										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Carretera Comunal Kilometro 5.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	11	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información de inteligencia emocional.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Martha Ofelia Rivera Quinchia		
Documento	32007138	Parentesco	
Correo		Celular	3208031269

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 890.014.694-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/Junio/2024.

LUGAR: Caseta Comunal Caño negro.

Yo, Gladys Castillo identificado con documento cedula número 37579187 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimón

FIRMA PARTICIPANTE:

Gladys C

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			37579187							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Gladys Castillo								
	22	07	1984										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Vereda Caño negro			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Caño negro						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3152156289							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A1										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta comunal Caño negro.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre la afectividad en la crianza de los menores												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Gladys Castillo		
Documento	37579187	Parentesco	
Correo		Celular	3152156289

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/ Junio / 2024

LUGAR: Caseta Comunal Caño negro

Yo, Marley Bernal identificado con documento Cedula número 1096196316 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimón

FIRMA PARTICIPANTE:

Marley Bernal

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro		Numero de documento					
			X				1096196316					
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Marley Bernal							
	28	07	1988									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X										
Dirección	Vereda Caño negro			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	Caño negro					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario		Sin escolaridad					
		X										
Correo electrónico					Celular	3165789042						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante		Comunidad indígena					
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna							
					X							
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
		X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		A5.									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Caño negro
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Se brindo información sobre la importancia de los limites en el hogar.											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X				
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Marley Bernal		
Documento	1096196316.	Parentesco	
Correo		Celular	3165789042.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.554-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/Junio/2024

LUGAR: Caseta Comunal Cano negro

Yo, Dabana Padilla identificado con documento Cedula número 1101381267 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pimón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Daviana Padilla

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1101381267							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Dabiana Padilla								
	12	05	2003										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X										
Dirección	Vereda Caño negro			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Caño negro						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3204208711							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A3										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Caño negro.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre la construcción de vinculos familiares.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Dabiana Padilla		
Documento	1101381267	Parentesco	
Correo		Celular	3204208711

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/Junio/2024

LUGAR: Caseta Comunal Caño negro

Yo, María Mireya Usme Hernandez identificado con documento Cedula número 1097084835 de Carmen de Chucuri manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pimón

FIRMA PARTICIPANTE:

María Mireya Usme.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1097084435.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	María Mireya Usme Hernandez								
	24	09	1985										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda Caño negro			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Caño negro						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3208249455.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
						Salud Total							
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A2										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Caño negro
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda orientacion sobre ejercicios de estimulacion temprana.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	María Mireya Usme Hernandez		
Documento	1097084435	Parentesco	
Correo		Celular	3208249455.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.384-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/ junio/ 2024

LUGAR: Caseta Comunal Cabo negro

Yo, Yorlanis Ospina Vallejo identificado con documento Cedula número 1003089038 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

Yorlanis Ospina V.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 890 014 884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1003089038							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Yorlanis Ospino Vallejo.								
	31	07	1994										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
									X				
Dirección	Vereda Caño negro			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Caño negro						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3115786658							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad Indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B3										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Caño negro
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brindaron estrategias de pautas de crianza y limites en el hogar.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yorlanis Ospino Vallejo		
Documento	1003089038.	Parentesco	
Correo		Celular	3115786658

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12 / Junio / 2024

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre

Yo, Jessica Paola Arrieta identificado con documento Cedula número 1042211468 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042211468							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Jessica Paola Amariz								
	07	12	1985.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Corregimiento San Miguel del Tigre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Tigre						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
				X									
Correo electrónico					Celular	3116786122							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
			X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B3										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brindaron estrategias de alimentacion Saludable.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Jessica Paola Amariz		
Documento	1042211468	Parentesco	
Correo		Celular	3116786122

980

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/Junio/2024

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre.

Yo, Jennifer Campuzan identificado con documento Cedula número 1096226150 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1096226150						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Jennifer Campuzan.							
	22	12	1993									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Corregimiento San Miguel del tigre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	Tigre					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
			X									
Correo electrónico					Celular	3107976903						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		C1									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Se oriento sobre la importancia del tiempo de calidad como familia.											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información					
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Jennifer Campuzan		
Documento	1096226150.	Parentesco	
Correo		Celular	3107976903

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

982

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12 / Junio / 2024.

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre

Yo, Mildred Ballesteros identificado con documento cedula. número 1042214277 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

Mildred Ballesteros

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 890.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042214277							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Mildred Ballesteros.								
	30	05	1997										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Barrio Progreso			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Progreso						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
			X										
Correo electrónico					Celular	3042412592.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		C6										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brindaron estrategias para generar vinculos con otras personas.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Mildred Ballesteros		
Documento	1042214277	Parentesco	
Correo		Celular	3042412592.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12 / Junio / 2024.

LUGAR: Caseta Comunal San miguel del tigre.

Yo, Amanda Cañas. identificado con documento cedula número 28488296 de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

Amanda C.T

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.864-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			28488296.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Amanda Cañas								
	23	10	1981										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Corregimiento San miguel del Tigre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Tigre.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3213154665.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
					X								
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A3										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del tigre
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre los cambios de los niños a medida que van creciendo.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Amanda Cañas		
Documento	28488296	Parentesco	
Correo		Celular	3213154665

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/ Junio /2024

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre

Yo, María Concepción Castro Quintana identificado con documento cedula número 60 321822 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

María Castro Quintana

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			60321822						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	María Concepcion Castro Quintana.							
	08	12	1964									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Corregimiento San Miguel del Tigre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	San miguel del tigre					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
	X											
Correo electrónico					Celular	3102813710						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
			X									
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
		X										
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		A6									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre la responsabilidad en el hogar de todos los miembros.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	María Concepcion Castro Quintana		
Documento	60321822	Parentesco	
Correo		Celular	3102813710

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/ Junio/2024.

LUGAR: Corregimiento San Miguel del tigre

Yo, Diana Galvis identificado con documento cedula número 30231383. de Manatee Colombia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milerly Pinaori

FIRMA PARTICIPANTE:

Diana Galvis

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.554-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			30231383							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Diana Galvis.								
	03	04	1981										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X											
Dirección				Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3128036334							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A5										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre la implementación de limites en la crianza.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Diana Galvis		
Documento	30231383	Parentesco	
Correo		Celular	3128036334

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/Junio/2024

LUGAR: Corregimiento San miguel del tigre

Yo, Karen Lorena Lopez Herrera identificado con documento Cedula número 1001815490 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

Karen Lopez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1001815490							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Karen Lorena Lopez Herrera								
	05	03	1997										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Corregimiento San Miguel del Tigre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Tigre.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3125648883							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B3										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brindaron estrategias para una crianza amorosa y positiva, para así, fortalecer vinculos.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Karen Lorena Lopez Herrera		
Documento	1001815490	Parentesco	
Correo		Celular	3125648883

492

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/ Junio / 2024

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre

Yo, Dana alejandra Suarez identificado con documento cedula número 1042210161 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milerdy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

Dana Suarez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1042210161						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Dana Alejandra Suarez							
	25	07	2004									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
	X											
Dirección	Corregimento San Miguel del tigre.		Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X	San Miguel del tigre						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
			X									
Correo electrónico					Celular	3046841125.						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
			X									
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
		X										
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		B1.									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimento San Miguel del tigre.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Se brinda orientación para implementar una alimentacion Saludable y amorosa a los menores.											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información					
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Dana Alejandra Suarez		
Documento	1042210161	Parentesco	
Correo		Celular	3046841125.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/Junio/2024

LUGAR: Casata Comunal Caño negro

Yo. Alba Marina Echeverria Carpio identificado con documento Cedula número 1042712860 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

ALBA ECHEVERRIA

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.894-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1042212860						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Alba Marina Echeverria Carpio							
	25	03	1993									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X										
Dirección	Vereda Caño negro			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	Caño negro					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
		X										
Correo electrónico					Celular	3184270255						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
		X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		B4									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta comunal caño negro
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Se brindo informacion sobre manejo emocional en los niños.											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X				
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Alba Marina Echeverria Carpio		
Documento	1042212860	Parentesco	
Correo		Celular	3184270255

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12 / Junio / 2024

LUGAR: Caseta Comunal Caño negro

Yo, Nayelhy Alexandra Hinestroza R. identificado con documento Cedula número 1039683145 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

Alexandra Rodriguez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1039683145							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Nayelhy Alexandra Hinestroza Rodriguez								
	24	12	2005										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Corregimiento San miguel del Tigre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Tigre						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3167699227							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B1										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha comunal Caño negro.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre el proceso de crecimiento de los niños y crianza positiva												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Nayelhy Alexandra Hinestroza Rodriguez		
Documento	1039683145.	Parentesco	
Correo		Celular	3167699227.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/ Junio/2024

LUGAR: Barrio 3 de Octubre

Yo, Danis Ortega Saavedra identificado con documento Cedula número 1042211908 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicologia. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pimon

FIRMA PARTICIPANTE:

Danis Ortega. S

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042211908							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Danis Ortega Saavedra.								
	15	05	1989										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Barrio 25 de enero.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		25 de enero						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3206403585							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B4.										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Barrio 3 de Octubre
Conocimiento	Voz a Voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se dio información sobre la importancia de las muestras de afecto en la pareja.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Danis Ortega Saavedra		
Documento	1042211908	Parentesco	
Correo		Celular	3206403585.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DIMENSIÓN DE VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES

TEMA:
Establecer equipos de Actividad Fisica previa valoración nutricional en el área urbana del municipio con grupos poblacionales: Pacientes con enfermedades crónicas, gestantes, niños, adolescentes y jóvenes, adultos jóvenes para el manejo del tiempo libre. Esta actividad la realizará una persona con experiencia en el desarrollo de actividades fisica.

LUGAR

Esta actividad se realizó en los diversos lugares dependiendo el grupo poblacional; Con los adultos jóvenes en la zona de parqueo y alrededor del coliseo Benito Arias, con los pacientes con enfermedades crónicas en las instalaciones del Centro Vida Canitas Savias y grupos de adulto mayor área rural y con los niños en La institución educativa Luis Eduardo Diaz sesión primaria y el CDI, y las madres gestantes en el Hospital H.A.G.

POBLACIÓN

La población a intervenir en este programa son los Pacientes con enfermedades crónicas, niños, adolescentes y jóvenes y adultos jóvenes del municipio de Yondó - Antioquia.

RESPONSABLE

Alfonso Fajardo Pérez – Instructor Fisico

OBJETIVO GENERAL

Promover los hábitos y estilos de vida saludables, así como también prevenir enfermedades a través de las prácticas de ejercicios fisicos que vayan encaminados, en tener una mejor calidad de vida, tanto en pacientes con enfermedades crónicas, gestantes, adolescentes y adultos jóvenes, ubicados en el área urbana del municipio de Yondó, por medio del plan de intervenciones colectivas PIC, durante la vigencia del año 2023.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Tratar de contrarrestar las grandes cifras de morbi-mortalidad en los diversos grupos poblacionales en el municipio de Yondó.
- ✓ Promover en la comunidad los buenos hábitos de estilo de vida saludables con el objetivo de contrarrestar posibles enfermedades crónicas.
- ✓ Incentivar y fomentar en la población Yondosina para que practique actividad fisica y tratar que se incorporen a los diversos programas por medio de

actividades como: Aeróbicos, Rumba aeróbica, Gimnasia de mantenimiento, Pilates, Zumba, Trabajo de fortalecimiento, Ejercicios psicoprofiláctico, Spinning, Caminata ecológica, Recreación, Lúdica activa, Juegos cooperativos.

CONVOCATORIA:

Para este mes de junio se logró convocar a personas con enfermedades crónicas, se hizo mediante consulta sobre las personas que hacen parte del programa y control sobre las enfermedades del riesgo cardiovascular del hospital Héctor Abad Gómez, al igual cual la mayoría son adultos mayores que ingresan a este mismo programa, y de esta manera fueron citados en el centro vida para posteriormente realizar estas actividades en este lugar, también se trabajaron algunos pacientes con enfermedad crónica del área rural. Y con los adultos jóvenes la convocatoria fue abierta emitida en redes sociales y la voz a voz en toda la comunidad, invitándolos a participar en las jornadas de actividad física y esparcimiento, y con los niños se coordinó con los docentes del Liceo Luis Eduardo Diaz y los docentes del C.E, R de San Luis Beltrán y la Laguna del Miedo, en el caso de las mujeres gestantes se realizó actividad con las que se encuentran en programas y controles del Hospital Héctor Abad Gómez.

Las actividades fueron desarrolladas los días:

Pacientes con enfermedad crónicas el día: 3, 5, 7, 10 y 19, 21, 24, 25 y 27 de junio

Adultos jóvenes el día: 12, 14, 17 y 19 de junio

Niños, adolescente y jóvenes: 3, 4, 24 (1) y 24 (2) de junio.

Madres gestantes: 13 y 20 de junio

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Para el desarrollo de todas las sesiones de actividad física con estos cuatro grupos poblacionales durante este mes de mayo hicimos un trabajo más de adaptación al ejercicios y de aumento progresivo lento en las cargas y dosificación con todos ellos, nuestro trabajo se resaltó mucho en la población con enfermedades crónicas, con los cuales realizamos ejercicios que busquen una mejor forma de controlar la enfermedad que ya padecen, pero teniendo en cuenta esa morbilidad persistente, con todos ellos realizamos: el trabajo de fuerza, caminata ecológica, trabajo cardiovascular por medio de las actividades rítmicas, también trabajo funcional y trabajo recreativo, utilizando herramientas y pequeños elementos para la práctica, tales como: bastones, pelotas de letras, conos, ulas ulas, lazos, mancuernas y el Trabajo de auto carga entre otras opciones.

Todo esto se realiza con las intenciones de mejorar esas condiciones de salud, ya que es grupo poblacional con muchas comorbilidades, pero al igual el trabajo que se lleva a cabo con ellos es un trabajo más funcional, y más propioceptivo, pero al igual un trabajo más cardiovascular por ello recurrimos a las clases de rumba aeróbica, artes marciales aplicadas al fitness, aeróbicos y trabajo en circuitos funcionales; todo esto buscando fortalecer el cuerpo y prevenir diversas patologías.

En el trabajo de actividad física que se hace con de las madres gestante durante este mes de mayo no cumplió a cabalidad debido a que fueron citadas las madres y no asistieron para el desarrollo de la misma.

Con los adolescentes y jóvenes se realizó un trabajo con el objetivo de mejorar esa resistencia cardiorrespiratoria muy enfocada al aumento y mejoramiento del volumen máximo de oxígeno (VO2), esto con las intenciones de poder optimizar esta capacidad física en los jóvenes, y poderla llevar a niveles máximos para su bienestar y una buena salud en su futuro. Al igual también se trabajó en ejercicios de fuerza con el peso del mismo cuerpo y con auto cargas, también con ejercicios enfocados a fortalecer todo el tren inferior, tren superior y zona core, el objetivo de convertir el ejercicio y la actividad física en un elemento protector de la salud en los jóvenes.

RESULTADOS Y LOGROS:

Durante este periodo del mes de junio se ha podido cumplir con las expectativas y con las acciones pertinentes frente a la convocatoria, ya que los usuarios cumplieron con esa asistencia. En ámbito de la de la actividad física se dice que las personas con enfermedades crónica son unos de los grupos poblacionales más privilegiados y beneficiados con estas actividades, lo cual con estas se previenen dolores articulares, inflamaciones de tejidos blandos, y/o se logra controlar y darles una mejoria a esas enfermedades al corazón; pero desde otro punto de vista se busca mayor integración y socialización entre estas personas, disminuyendo además el estrés y enfermedades psiquiátricas o mentales

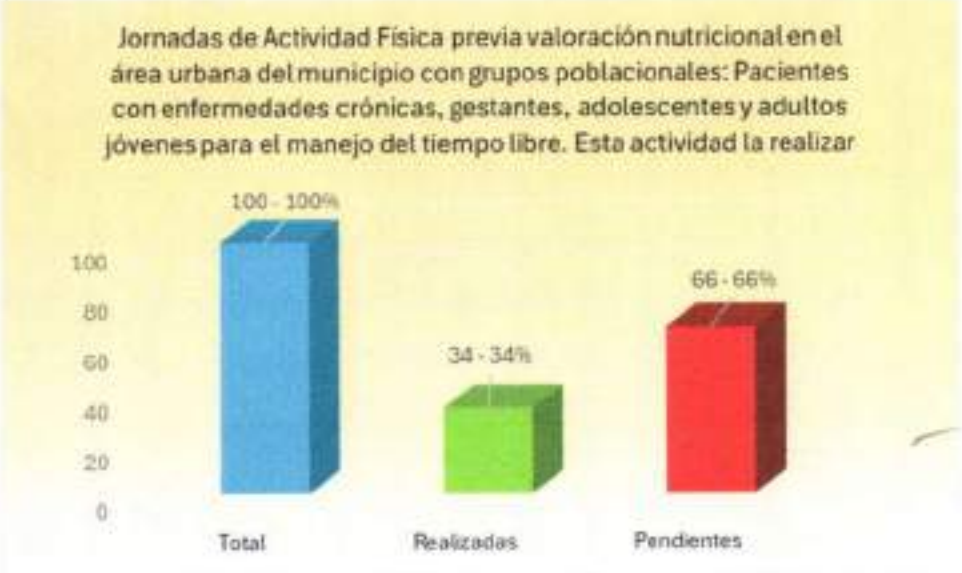
E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INDICADOR:

Jornadas de Actividad Física previa valoración nutricional en el área urbana del municipio con grupos poblacionales: Pacientes con enfermedades crónicas, gestantes, adolescentes y adultos jóvenes para el manejo del tiempo libre. Esta actividad la realizará una persona con experiencia en el desarrollo de actividades física.		
Total	Realizadas	Pendientes
100	34	66
100%	34%	66%

ANALISIS

Como se observa en la gráfica, de las 100 (100%) actividades físicas bajo previa valoración nutricional en el área urbana del municipio con pacientes con enfermedades crónicas, gestantes, adultos jóvenes y adolescentes-jóvenes para el manejo del tiempo libre se ejecutaron 34 (34%), quedando pendientes por realizar 66 (66%).



E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INFORME CUANTITATIVO:

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (3 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CENTRO VIDA CANITAS SABIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	1 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	24 personas
Total	**25 personas**

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	03 personas
Mujer	22 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (5 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CENTRO VIDA CANITAS SABIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	1 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	24 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	09 personas
Mujer	16 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (7 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CENTRO VIDA CANITAS SABIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	23 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	08 personas
Mujer	17 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (10 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CENTRO VIDA CANITAS SABIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	23 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	03 personas
Mujer	22 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

907

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (19 de junio).

LUGAR	CANTIDAD
CENTRO VIDA CANITAS SABIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	23 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	03 personas
Mujer	22 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (21 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CENTRO VIDA CANITAS SABIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	23 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	08 personas
Mujer	17 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (24 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CASETA SAN LUIS BELTRAN	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	5 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	20 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	14 personas
Mujer	11 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	00 personas
Rural	25 personas
Total	25 personas

810

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (25 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
POLIDEPORTIVO EL TIGRE	23 personas
Total	23 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	21 personas
Total	23 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	11 personas
Mujer	12 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	23 personas
Total	23 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	0 personas
Rural	23 personas
Total	23 personas

811

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (27 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CASETA VEREDA X 10	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	4 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	21 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	11 personas
Mujer	14 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	25 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	00 personas
Rural	25 personas
Total	25 personas

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

PACIENTES ADULTO JOVEN (12 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
COLISEO BENITO ARIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	3 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	22 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	01 personas
Mujer	24 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	2 personas
27-50 AÑOS	22 personas
Mayor de 50 AÑOS	1 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

813

PACIENTES ADULTO JOVEN (14 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
COLISEO BENITO ARIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	1 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	24 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	01 personas
Mujer	24 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	3 personas
27-50 AÑOS	21 personas
Mayor de 50 AÑOS	1 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

PACIENTES ADULTO JOVEN (17 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
COLISEO BENITO ARIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	4 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	21 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	01 personas
Mujer	24 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	3 personas
27-50 AÑOS	20 personas
Mayor de 50 AÑOS	2 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

815

PACIENTES ADULTO JOVEN (19 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
COLISEO BENITO ARIAS	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	**CANTIDAD**
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	23 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	01 personas
Mujer	24 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	5 personas
27-50 AÑOS	18 personas
Mayor de 50 AÑOS	2 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

816

PACIENTES MADRES EN GESTACION (13 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
HOSPITAL H.A.G.	20 personas
Total	20 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	7 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	13 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	0 personas
Total	20 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	0 personas
Mujer	20 personas
Total	20 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	12 personas
27-50 AÑOS	08 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	20 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	20 personas
Rural	00 personas
Total	20 personas

817

PACIENTES MADRES EN GESTACION (20 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
HOSPITAL H.A.G	20 personas
Total	20 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	8 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	12 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	0 personas
Mujer	20 personas
Total	20 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	16 personas
27-50 AÑOS	4 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	20 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	20 personas
Rural	00 personas
Total	20 personas

818

PACIENTES NIÑOS (3 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CDI	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	0 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	25 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	15 personas
Mujer	10 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	22 personas
5-11 AÑOS	3 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

819

PACIENTES NIÑOS (4 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
PARQUEADERO COLISEO	25 personas
Total	25 personas
CONDICIÓN	**CANTIDAD**
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	1 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	24 personas
Total	25 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	15 personas
Mujer	10 personas
Total	25 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	1 personas
5-11 AÑOS	24 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	25 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	25 personas
Rural	00 personas
Total	25 personas

820

PACIENTES NIÑOS (24 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CDI	22 personas
Total	22 personas
CONDICIÓN	**CANTIDAD**
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	20 personas
Total	22 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	15 personas
Mujer	7 personas
Total	22 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	22 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	22 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	22 personas
Rural	00 personas
Total	22 personas

PACIENTES NIÑOS (24 de junio)

LUGAR	CANTIDAD
CDI	22 personas
Total	22 personas
CONDICIÓN	**CANTIDAD**
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	0 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	22 personas
Total	22 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	13 personas
Mujer	9 personas
Total	22 personas

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	21 personas
5-11 AÑOS	1 personas
12- 26 AÑOS	0 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	22 personas

ZONA	CANTIDAD
Urbana	22 personas
Rural	00 personas
Total	22 personas

822

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (3 de junio)




PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (5 de junio)




PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (7 de junio)




82

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (10 de junio)





PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (19 de junio)





PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (21 de junio)



824



PACIENTES CON ENFERMEDADES



CRONICAS (24 de junio)

PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (25 de junio)





PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS (25 de junio)



825



ADULTOS JOVENES (12 de junio)



ADULTOS JOVENES (14 de junio)





ADULTOS JOVENES (17 de junio)





826

ADULTOS JOVENES (19 de junio)





GESTANTES (13 de junio)





GESTANTES (13 de junio)





82

POBLACION ESCOLAR (3 de junio)





POBLACION ESCOLAR (4 de junio)





POBLACION ESCOLAR (24 de junio)





E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

POBLACION ESCOLAR (24 de junio)





ALFONSO FAJARDO PÉREZ
Instructor Físico

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código	7-PE-GAC-DAM-01	829
Fecha de Aprobación	21/02/2024	
Versión	3	
Páginas	Pag 1 de 1	

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con madres gestantes · DEPENDENCIA RESPONSABLE: Plc 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor Física

FECHA: 13 de Junio

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Mayra Guerrero		X	19	1042.210172				X				Vereda (Centro sal).	Sanar salud	Ama casa	3235335944	no tiene	Mayra Guerrero
2	Tatiana patricia Jaramillo		X	30	1042213028	X							B. Villa M.	Salud Sana	Ama de c.	3155237454	No.	
3	Daniela Morales C		X	21	1001815827	X							B. Villa M.	Sana S	Amade C	3022706475	NO	Daniela M.
4	Karen Dayana. Ro.		X	19	1096212375				X				V. Santo D.	N. EPS.	Ama d.c.	3176639729. 305803	No.	Karen Rodas.
5	Natalia Madrigal		X	35	1039692279	X							B. Villa M.	Salud S.	Ama d.c.	3223452961	No.	Natalia Madrigal
6	Maite Lerma Amaris		X	20	1085166654				X				V. Caro Alto	Sana S.	Ama d. C.	3156924345	No	Maite Lerma A
7	Amelia Ramos B.		X	33	1067914232				X				B Progreso	Sana S.	Ama de C	3128461152	No.	Amelia Ramos
8	Maria Veronica R.		X	30	1096208375				X				B. OPV. Casa.	Salud S.	Ama d. C	3213581975	No.	Maria B Ruiz
9	Jessica. Rios.		X	29	1042210402	X							V. San fran.	N. EPS	Ama. d.C.	5160930147	No.	Yessica Rios
10	Erika K Sevillos		X	31	1122238603	X							V. K. 5.	NL EPS.	Ama d. C.	3223231791	No.	Erika Ceballos
11	Yaileth Hernandez C.		X	23	1005180731	X							V. Caño Blanco	Salud Salud	Estudiante	3144113729		
12	Lissette Mª Urrutia		X	24	1005182983				X				Y. Nuevo	Savia salud	Estudiante	3005668911		
13	Diana carolina M L		X	26	1042248359				X				V. la punta	N. EPS	Ama casa	3122988441		Diana Moreno
14	Cristina Gallego		X	24	7039706068				X				B. Esperanza	Savia salud	Ama de casa	3226841051	NO	Cristina Gallego
15	Daniela Salgado A.		X	18	1042208210				X				25 enero	N. EPS	Ama casa	3207751459	NO	Daniela Salgado
16	Imar Padron Pacheco		X	20	6910.530				X				Invasion los	N. E. P. S.	Ama de Casa	3014236906	No	Imar Padron
17	Natali GOMEZ VELEZ		X	18	1042210592	X							Vereda las Palmas	N. EPS	ama de casa	3122072485		
18	Daniela Horalgo Rios		X	24	1001815559				X				B. Villamaria	N. EPS	Ama de Ca	3014827480	NO	Daniela
19	Sol Manna Avila		X	32	1042212276				X				V. San Luis	N. EPS.	Ama de Ca	3184763902	No	Sol Avila
20	Vivian M. Torres		X	38	1042212286				X				V. Prado	Savia S	Ama de	3004302502	NO	Vivian.
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG. MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-RS-CAC-GMA-03
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	3
Página:	Pag 1 de 1

870

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con madres gestantes

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alonso Tejada - Instructor Fisico

FECHA: 20 de Junio

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Daniela Cifuentes		X	24	1001835559	X							V. San luis	Sabia Salud	Amade c.	301 661276		Daniela C. H
2	sharol tatiana B.		X	15	1042272307	X							B. N. Esper.	Sabio s.	Estudiante	3224343667		Tatiana Benitez
3	Diana Moreno		X	26	1042272748	X							V. La punto	N. Eps	Amade c.	3122988441		Diana Moreno
4	Angelica Suarez		X	20	6402556				X				B. Los ranch.	Sabia	Amade c.	3158132640		Angelica Suarez
5	Bianca Jimenez		X	16	1042271807				X				V. Caño san.	Sabia	Amade c.	3187405844		Bianca Nubia Jimenez
6	Aracely Laguna		X	35	1096200008	X							B. Buenos A.	Sabia	Amade c	315 694 4858		Aracely laguna
7	Carla Castillo		X	18	1038453471	X							B. la s lomas	Savia	Amade c.	3128583161		Carla Castillo
8	Carolina Diaz Galviz		X	24	1006633657					X			OPV. Cagare	Sabia	Obrero AT	3156946717		
9	Elizabeth Serro		X	20	1042270762				X				V. la salada	Savia.	Amade c	3167857616		Elizabeth Serro
10	Luzdani Hernandez		X	22	172 6287				X				B. Prado	Savia	Amade c.	3107726795		Luzdani H
11	Diana Ortega		X	22	1001075742	X							B. Villa m	M. Ser	Amade c.	3219327848		Diana M.
12	Diana Suluaga		X	29	1037502522	X							B. OPV. C	Savia	Amade c.	3004284549		Diana Suluaga
13	Mayeli muñoz		X	15	1097189678	X							V. Caño M	Savia S.	Estudiante	3005696480		Mayeli muñoz.
14	Daniela Palomo		X	18	1042270824				X				B. Prado	Sabia s.	Amade c.	3169000857		
15	Yulieth tatiana M.		X	23	1001875698				X				V. Caño San.	Savia S.	Amade c.	3163429642		Yulieth M.
16	Bianca Nubia Jimenez		X	16	1042271807				X				Caño sanjua	Savias	Amade c.	3187405844		Bianca Jimen
17	Mayra Guerrero		X	19	1042270772				X				V. Caribal	Savia S.	Ama de c	3235335414		Mayra Guerrero
18	Karen Dayana Robas		X	19	1096272375				X				V. Santo D.	Nueva eps	Amade c	3157665920		Karen Robas
19	Diana Carolina		X	26	1042274859				X				V. la punta	Nueva eps	Amade c	3122988441		Diana Moreno
20	Cristino martinez		X	27	1042271516				X				V. Caño negro		Amade c	3167438070		Cristina
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG. MUNICIPIO DE YONDÓ ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-DAM-03
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

871

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con Adulto Mayor (Pacientes cronicos) — DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Fajardo - Instructor Fisico

FECHA: 5 de Junio.

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICION 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Bela flor Ortiz		x	72	28345955							x	Cortaderas		Ama de Casa	312559130		
2	Nelida Gimenez		x	79	35385227							x	Progreso		Costurera	3017133173		
3	Maria Leiva Cuevas		x	79	27949563							x	Gaitan		Ama de Casa	No refiere		
4	Luz Estela Gutierrez		x	79	28072901							x	Colonia Su		Pensionada	3124233357		
5	Amira Gerzon		x	81	24303399							x	Gaitan			3167938661		
6	Rosa Villada		x	75	31742879							x	Villa Rika		Ama de Casa	3224172783		
7	Lilia Amaya		x	66	34930571							x	Gaitan		Ama de Casa	3174736800		
8	Griselda Sierra		x	72	30700							x	N. Esperanza		Ama de Casa	3		
9	Elena Vergara		x	71	28074971							x	Gaitan		Ama de Casa	3106912633		
10	Leonidas Mejia	x		70	1099 3975							x	30 de Octubre		Oficios Varios	3172778080		
11	Ana Diaz		x	82	30304371							x	30 Octubre		Ama de Casa	3138999286		
12	Jose Mejia	x		73	1307071576							x	N. Esperanza		Oficios Varios	3179235281		
13	Maria G. Hernandez		x	63	39024146							x	Central		Ama de Casa	3134877320		
14	Lucely Gimenez		x	68	23897343							x	Gaitan		Modista	3182458533		
15	Damaris Amaya		x	57	27949944							x	25 Enero		Ama de Casa	3144929142		
16	Florentina Hernandez		x	94	28379041							x	Brisas		Ama de Casa	No refiere		
17	Jaime L. Valencia	x		80	4474806							x	25 Enero			No refiere		
18	Juana Sanchez		x	64	28278090							x	Naranjos		Ama de Casa	3175230367		
19	Fabiola Giraldo		x	70	22628031							x	Brisas		Ama de Casa	3208916533		
20	Rosa Medina		x	69	27949458							x	Progreso		Ama de Casa	3173124551		
21	Maria Arenas		x	69	39023817							x	Progreso		Ama de Casa	3002489283		
22	Maria Jaramillo		x	77	37924153							x	30 Octubre		Ama de Casa	No refiere		
23	Maria Hilda Infante		x	59	40374532		x						Prado		Ama de Casa	3113080585		
24	Elida Arguello		x	68	28211090							x	Naranjos		Ama de Casa	3147924288		
25	Rosa Valencia		x	83	23494620							x	30 Octubre		Ama de Casa	3174656269		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazados. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	FAT-GAC-FOR-013 832
Fecha de Aprobación:	31/01/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad fisica con Adulto Mayor (Pacientes cronicos)

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003- 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor fisico

FECHA: 5 de Junio.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO M	SEXO F	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Margarita Ladino		x	93	21972106							x	Villamaria		Ama de Casa	No refiere		Margarita Lad
2	Silvia Hernandez		x	76	25960827							x	UPB Casabe		Ama de Casa	3153031022		Silvia Hernandez
3	Mario Sanchez	x		90	13887495							x	Prado		Oficios V.	3123599129		Mario Sanchez
4	Estela Ochoa		x	74	21928911							x	Gaitan		Ama de Casa	3140397770		x Estela Ochoa
5	Gladis Niño		x	64	37 222 289							x	Gaitan		Ama de Casa	No refiere		Gladis Niño
6	Abiahan Lopez	x		70	5783779							x	La Esperida		Oficios V.	No refiere		x Abiahan
7	Argemiro Mazo	x		77	10992854							x	Central		Pensionado	3249394352		x Argemiro Mazo
8	Miguel Perez	x		84	960379							x	Casabe		Oficios V.	No refiere		x Miguel
9	Maria Velasquez		x	77	39766202	x							Invasión		Ama de Casa	3116391423		x Maria Velasquez
10	Maria Aguilar		x	69	30340439							x	Buenos Aires		Ama de Casa	3138768433		x Maria
11	Elizabeth Mantilla		x	68	39515170							x	Progreso		Ama de Casa	3160458200		Elizabet Mantilla
12	Ubaldo Tabares	x		73	4597723							x	Cantaclaro		Pensionado	3187866346		x
13	Nora Vasquez		x	66	27934330							x	Gaitan		Ama de Casa			x Nora
14	Ramiro Sanchez	x		66	5039473							x	Villamaria		Oficial varios	3124876125		x
15	Lila Cogollo		x	91	25843424							x	Central		Ama de Casa	No refiere		Lila Cogollo
16	Jose A. Rodriguez	x		74	1							x	Prado		Oficios V.	3122342355		
17	Marta Ladino		x	77	43260003							x	La Paz		Ama de Casa	No refiere		x Marta Ladino
18	Luz Herrera		x	68	63471773							x	Buses		Artesana	3204870477		x
19	Magola Carcamo		x	66	39932329							x	Gaitan		Ama de Casa	3202248580		x Magola
20	Rubys Londoño		x	63	31052565							x	Naranjos		Ama de Casa	3208843495		
21	Ubaldo Tabares	x		73	4597723							x	Cantaclaro		Pensionado	3187866346		x
22	Maria Rudas		x	84	22930946							x	Naranjos		Ama de Casa	3152977281		x M R L
23	Rosmira Giraldo		x	62	30355445							x	Villamaria		Oficio Varios	3124876125		ROSMIRO
24	Mario Sanchez	x		70	13887495							x	Prado		Oficios V.	3123599 1258		x
25	Olinda Cabezas		x	93	21995 62							x	Dique		Ama de Casa	3213155396		Olinda Cabezas

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Teodó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-RE-GAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	25/03/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

877

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con Adulto mayor (Pacientes cronicos)

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor Fisico.

FECHA: 4 de Junio.

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Mata Ladino		x	71	43266003							x	La Paz		Ama de Casa	No refiere		
2	Maria Rudas		x	84	27830516							x	Naranjos		Amade Casa	3152717287		
3	Jose A. Carrillo	x		84	5409438							x	Progreso		Oficios V.	3143919428		
4	Nora Vazquez		x	66	27932330							x	Gaitan		Ama de Casa	No refiere		
5	Lila Cogollo		x	71	25848029							x	Central		Ama de Casa	No refiere		
6	Luz Herrera		x	68	63421773							x	Brisas		Artesana	3201890477		
7	Silvia Hernandez		x	76	25960822							x	UPB Casabe		Ama de Casa	3033531022		
8	Magola Carcamo		x	66	37432325							x	Gaitan		Ama de Casa	3202248580		
9	Estela Ochoa		x	79	27428911		x						Gaitan		Ama de Casa	3146891780		
10	Argemiro Mazo	x		77	10992859							x	Central		Pensionado	3214394352		
11	Jose A. Rodriguez	x		74	13829775							x	Prado		Oficios Vario	3123472355		
12	Gladis Niño		x	64	37222289							x	Gaitan		Ama de Casa	No refiere		
13	Miguel Alvarez	x		84	9603491							x	Casabe		Oficios V.	No refiere		
14	Olinda Cabezas		x	93	21949562							x	Dique		Ama de Casa	3273755316		
15	Abraham Lopez	x		70	5783479							x	La Esperanza		Oficios V.	No refiere		
16	Maria Aguilar		x	69	30340239							x	Buenos Aires		Ama de Casa	3148768453		
17	Margarita Ladino		x	73	27932106							x	Villamaria		Ama de Casa	No refiere		
18	Rosmira Giraldo		x	65	30356435							x	Villamaria		Ama de Cas	3173317466		
19	Maria Velasquez		x	79	39766207		x						Invasión		Ama de Casa	3176994725		
20	Rubys Londoño		x	62	31032563							x	Naranjos		Amade Casa	3208943993		
21	Ramiro Sanchez	x		66	30391993							x	Villamaria		Oficios Vario	3124876725		
22	Waldo Tabares	x		73	4537723							x	Centauros		Pensionado	3182660346		
23	Elisabeth Martilla		x	68	37543710							x	Progreso		Ama de Casa	3160485200		
24	Maria Mallarch		x	69	27923805							x	La Victoria		Ama de Casa	8323966		
25	Mario Sanchez	x		76	7328495							x	Prado		Oficios V.	3123593729		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenecer a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-CAC-DAM-01 834
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	3
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con Adulto Mayor (Abuelitos caminos) — DEPENDENCIA RESPONSABLE: Pic 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfredo Tejada - Instructor Físico

FECHA: 10 de Junio

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Ana Estela Gutierrez		x	74	28072901							x	Colonia Sur		Pensionada	3124233557		
2	Maria Rosa Cano		x	79	27994653							x	Gaitan		Ama de Casa	No refiere		
3	Nelida Gimenez		x	77	35583271							x	Progreso		Costura	3019133423		
4	Bella Flor Ortiz		x	72	28345955	x							Cartagena		Ama de Casa	3125629570		
5	Rosa Valle		x	95	37142917							x	Villapilar		Ama de Casa	3224722827		
6	Lilia Maya		x	66	27930377							x	Gaitan		Ama de Casa	3147688009		
7	Rosa Valencia		x	83	23494620							x	7 Octubre		Ama de Casa	3178856264		
8	Gisalda Serna		x	72	30760830M							x	N. Esperanza		Ama de Casa	3182297908		
9	Elena Vargas		x	77	28074917							x	Gaitan		Ama de Casa	3176393533		
10	Ana Diaz		x	82	30304771							x	30 Octubre		Ama de Casa	3158499266		
11	Amira Garzon		x	81	24703399							x	Gaitan		Ama de Casa	3167930867		
12	Maria C. Hernandez		x	63	39724740							x	Central		Ama de Casa	3139893380		
13	Leandes Maya	x		70	10093995							x	3 de Octubre		Celador	3127978080		
14	Jose Maya	x		73	13879526							x	N. Esperanza		Ebanista	3219755281		
15	Lucelli Gimenez		x	68	23897343							x	Gaitan		Modista	3182958393		
16	Rosalba Amaya		x	59	27949944							x	25 Enero		Ama de Casa	3144729742		
17	Jose L Valencia	x		80	4.471806							x	25 Enero		Oficios Varios	No refiere		
18	Fabiola Giraldo		x	70	27628031							x	Brisas		Ama de Casa	3209390533		
19	Florentina Hernandez		x	74	28337041							x	Brisas		Ama de Casa	No refiere		
20	Maria Flores		x	67	37923417							x	Progreso		Ama de Casa	3002497133		
21	Rosa Medina		x	63	27949458							x	Progreso		Ama de Casa	3157724559		
22	Maria Jaramillo		x	91	28345482							x	3 Octubre		Ama de Casa	No refiere		
23	Juana Sanchez		x	64	28522983	x							Villanueva		Ama de Casa	3145270769		
24	Elda Arcelia		x	68	28277000							x	Quintanas		Ama de Casa	3147947196		
25	Maria Hilda Infante		x	59	40374532							x	Prado		Ama de Casa	3180685288		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDÓ ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-DAM-01 825
Fecha de Aprobación :	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con Adulto Mayor (Pacientes Cronicos)

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejedo - Instructor Fisico

FECHA: 19 de Junio

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Nelsida Gimenez		x	77	36585211							x	Progreso		Costura	3017933423		
2	Maria Luisa Correa		x	39	27949487		x						Gaitan		Ama de Casa	Norteve		
3	Rosa Villada		x	75	31747819							x	VillaRica		Ama de Casa	3224172283		
4	Lilia Amaya		x	66	39930347							x	Gaitan		Ama de Casa	3174388009		
5	Luz Estela Gutierrez		x	74	28017901							x	Cabeza Sur		Pensionada	3124233357		
6	Bela Flor Ortiz		x	72	28345755							x	Cantaclaro		Ama de Casa	3125691310		
7	Leandro Mago	x		70	1093993							x	3 Octubre		Oficios Vario	3172178280		
8	Griselda Sierra		x	72	3090083554							x	N. Esperanza		Ama de Casa	3168291718		
9	Elena Vergara		x	71	28074017							x	Gaitan		Ama de Casa	3163413693		
10	Maria C. Hernandez		x	63	39124746	x							Central		Ama de Casa	3134879380		
11	Ana Diaz		x	82	30391371							x	3 Octubre		Ama de Casa	3158999286		
12	Jose Mejia	x		73	73899526							x	N. Esperanza		Oficios Vario	3241255281		
13	Amira Gerson		x	81	24203899							x	Gaitan		Ama de Casa	31619 38567		
14	Luceli Gimenez		x	68	23899343							x	Gaitan		Modista	3182758333		
15	Fabiola Giraldo		x	90	27628037							x	Brisas		Ama de Casa	3108391033		
16	Damaris Amaya		x	59	28149944							x	25 Enero		Ama de Casa	3144720142		
17	Jose L Valencia	x		85	4478866							x	25 Enero		Oficios Vario	Norteve		
18	Maria C Arenas		x	69	37923477							x	Progreso		Ama de Casa	3102497233		
19	Florentina Hernandez		x	74	28379047							x	Brisas		Ama de Casa	Norteve		
20	Elida Arevalo		x	68	28219090							x	Naranjos		Ama de Casa	3147919268		
21	Rosa Medina		x	63	71949458							x	Progreso		Ama de Casa	3115720551		
22	Maria Jaramillo		x	71	28345482							x	3 Octubre		Ama de Casa	Norteve		
23	Rosa Valencia		x	85	23494520							x	3 Octubre		Ama de Casa	3178855264		
24	Teresa Sanchez		x	64	28322093							x	Villaranio		Ama de Casa	3193270767		
25	Maria Hilda Infante		x	59	40344336							x	Prado		Ama de Casa	3178065888		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Gobierno de Tercer Milenio Alcaldía

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código: [illegible] 876
Fecha de creación: [illegible]
Versión: 2
Página: Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con Adulto mayor (Parcuetro Uonos)

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor Fisico

FECHA: 21 de junio

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Elizabeth Montilla		x	68	37573710							x	Progreso		Ama de Casa	3760180200		Elizabet Montilla
2	Silvia Hernandez		x	76	25960822							x	UPR Cesar		Ama de Casa	3153057027		Silvia Hernandez
3	Abraham Lopez	x		70	5783771							x	La Esperanza		Oficios Var	No reflere		Abraham Lopez
4	Lila Cogollo		x	71	25913424							x	Central		Ama de Casa	No reflere		Lila Cogollo
5	Ana Velasquez		x	97	39766202							x	Invasión		Ama de Casa	3117694723		Mariquela 959
6	Marc Sanchez	x		70	13827495							x	Prado		Oficios V.	3123593929		Marc Sanchez
7	Maria Mallarsd		x	89	21923865							x	La Victoria		Ama de Casa	8325966		Maria
8	Argemiro Mejia	x		77	10992951							x	Central		Pensionado	3244590352		Argemiro Mejia
9	Marta Ladino		x	71	43760003							x	Lopez		Ama de Casa	No reflere		Marta Ladino
10	Magola Cerezo		x	66	3793 2378							x	Getsemani		Ama de Casa	3202748598		Magola Cerezo
11	Estela Cadoe		x	79	21928917							x	Getsemani		Ama de Casa	3146997770		Estela Cadoe
12	Gladys Niño		x	64	39.272.789							x	Getsemani		Ama de Casa	No reflere		Gladys Niño
13	Miguel Florez	x		64	960379							x	Centro		Oficios Va	No reflere		Miguel
14	Margarita Ladino		x	73	21932706							x	Villamaria		Ama de Casa	No reflere		Margarita Ladino
15	Maria Aguilar		x	69	30340739							x	Buenos Aires		Ama de Casa	3158268453		Maria
16	Rubys Rondon		x	62	39032565							x	Naranjos		Ama de Casa	3205847993		
17	Maria Rudas		x	84	21930596							x	Naranjos		Ama de Cas	3152717281		M R L
18	Ubaldo Tabares	x		73	1577723							x	Centauro		Pensionado	3182866346		
19	Jose L. Camilo	x		84	84094438							x	Progreso		Oficios Va	3143197128		
20	Nora Velasquez		x	66	21932330	x						x	Getsemani		Ama de Case	-		Nora
21	Jose L. Rodriguez	x		74	12977773							x	Prado		Oficios V.	3122342355		
22	Olinda Cabrera		x	93	21949562							x	Dique		Ama de Cas	3215383946		Olinda Cabrera
23	Luz Herrera		x	68	63477773							x	Brizas		Enfermera	3204870477		
24	Ramiro Sanchez	x		66	5039973							x	Villamaria		Oficios Varios	3124696725		
25	Rosmira Giraldo		x	65	30395443	x						/	Villamaria			3183391466		ROSMIRA

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elabora: Secretaria de Gobierno | Revisa: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial | Aprueba: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YOPAL ***

Secretaría de Turismo Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	PIC-GAC-FR-03
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	1
Página:	Pag 1 de 1

837

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Física Pacientes crónicos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Eduardo - Instructor Físico

FECHA: 29 de Junio

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO M	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Ana Julia Copistre		X	65	53922270							X	P.to Toma			3203004935		
2	Luz Helena Garces		X	72	21950485							X	P.to Toma					
3	Luz Maria Fragoso		X	64	37868280		X						P.to Toma					
4	Bernardo Mesa		X	68	37928350		X					X	P.to Toma					
5	Jose Guillermo Toro	X		60	91424092							X	P.to Toma					
6	Cesar Agudelo Patiño	X		85	625469							X	P.to Toma					
7	Gerardo Linares	X		63	19615118							X	P.to Toma					
8	Beatriz Cardona	X		92	980907							X	V-X-10			3215031429		
9	Leonor Lozano		X	66	37924155		X						V X-10			3168115839		
10	Florentino Vanegas	X		75	5591364							X	V X-10			3157092901		
11	Jose Vicente Rios	X		68	21950956							X	V. San Luis					
12	Graciela Reyes		X	69	28023618							X	San Luis			3138837783		
13	Daniel Hoyo	X		71	13883647	X							San Luis					
14	Jaime Jimenez G.	X		65	17682049							X	San Luis					
15	Josue Caceres	X		96	2163 329							X	San luis					
16	Luis Eduardo Silva	X		66	13885135							X	San luis			3177196997		
17	Olga Rosa Rivera P.		X	72	28312814							X	San luis			3216555869		
18	Oliva Mesa		X	64	37970982							X	San luis			3023593277		
19	Aurora Sosa Diaz		X	67	21950608							X	San luis					
20	Rosendo Quintero	X		79	3620955							X	San luis					
21	Santiago Arcos B.	X		63	3559362							X	San luis					
22	Bernarda I Gutierrez		X	79	37920888							X	San Luis					
23	Adriana Buitrago		X	57	37892436							X	San luis					
24	Miguel Castillo	X		67	13892735							X	San luis			3168539157		
25	Joaquin Esquivel	X		70	19242971	X							San Luis			3041121878		

Convenciones: 1 Persona en situación de discapacidad. 2 Desplazado. 3. Migrante. 4 Afrodescendientes. 5 Mujeres en gestación. 6. Comunidades indígenas. 7. Comunidades LGTBIQ. 8 No pertenece a ninguna de las anteriores

Elaboró: Secretaría de Cultura | Revisó: Secretaría de Planeación TIC y y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO DEL MUNICIPIO DE ITAGÜÍ ***

Municipio de Turbo Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PEGACIAD-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

838

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad fisica Paciente Con enfermedad cronica

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Salcedo - Instructor Fisico

FECHA: 25 de Junio

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Teodulo Pacheco	X		72	5.029.200							X	El dique			3139180913		T.P.
2	Gladys Pineda		X	68	21430538							X						Gladis
3	Clementina Sabas M.		X	66	39065758							X				3479814969		CSM
4	Ienis Maria Cadrezco		X	50	21950098							X				3222551712		Ienis CA
5	Ienis Acosta Ramos		X	61	21949588	X										3123442267		Ienis Acosta
6	Ines Guzman Osorio		X	70	21949410							X				3135116478		Ines Guzman
7	Humberto Poveda	X		69	2952250							X				3158023976		HUMBERTO
8	Maria Hela Sanchez		X	85	23199186							X				3114961669		Maria Hela
9	Emiliana Vera Sepia		X	74	28012310							X				31342211		Emiliana
10	Fabio de Jesus Cardona	X		67	13886956							X				3205202752		Fabio Cardona
11	Ludarino Quiñones		X	70	26825916							X				3213599149		Ludarino
12	Damaris Acosta		X	61	21944560							X				3232339869		Damaris A
13	Oscar Zabaleta	X		76	9129405							X				3217905697		Oscar Zabaleta
14	Pedro Campo Salas	X		68	3557338							X				3125525192		Pedro Campo
15	Emilce Castro		X	66	23092906							X				3135490035		Emilce Castro
16	Juan Salcedo Polanco	X		63	91920601							X				3218242836		Juan Salcedo
17	Alfonso Benitez	X		91	9012534							X						ALFONSO
18	Maria Quiroz F.		X	70	21949912							X						Victoria Quiroz
19	Daniel Cierpa Zambrano	X		68	13884513							X				3135916478		Lydia E. Cierpa
20	Marceli de la Rosa		X	64	22851179							X				3102116900		Marceli
21	Domingo Gutierrez	X		73	9912949 73							X				3278927896		Domingo G
22	Heiran de la Rosa	X		64	3821 069	X												Heiran
23	Eduardo Benavides	X		64	13891109							X						Eduardo
24																		
25																		

Convenciones: 1. Personas en situación de discapacidad. 2. Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4. Mujeres en gestación. 5. Comunidades indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7. No permiten a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Voluntaria de Lúdicamente | Revisó: Secretaria de Promoción TIC´s y Desarrollo Tecnológico | Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

Secretaría de Salud Arboletes

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	FOR-GAC-GAN-01
Fecha de Aprobación:	21/03/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

839

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Pacientes con enfermedad cronica

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tapia - Instructor Física

FECHA: 2 de Junio

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Ana Gregoria Jimenez		X	64	21949603	X							V. Pando.			3214103509		Ana Jimenez
2	Miriam Pamplona		X	63	46641633							X				3186969726		
3	Juana Isabel Gomez		X	64	36586958	X										3192116258		
4	Roque Julio Ballesteros	X		76	5641856							X				3213078519		
5	Manuel Plaza Vega	X		71	11.150.684							X				3215078317		
6	Angela Vargas		X	63	35923706							X				3123010612		
7	Rosa Gladys Ramirez		X	70	28356428							X				3179929941		
8	Crescencio Macias	X		76	5591284							X				3114642880		
9	Astolfo Rodriguez	X		69	6799302							X				3195311859		
10	Jose Domingo Trujillo	X		70	13879582							X				3150299792		
11	Martha Quintero		X	66	37921166							X				3145092180		
12	Alberto Ibanez	X		72	12898165							X				3151446531		
13	Justo Piña Carrero	X		59	15951988							X				3186662905		
14	Octavio Ortiz P.	X		95	1731349							X						
15	Adalberto Baños	X		64	91452352							X				3168389969		
16	Maria Amparo Alvarez		X	66	21999792							X				3168389969		
17	Doris M. Monroy Diaz		X	66	45850029	X										3173993923		
18	Santiago Medrano	X		71	8826802							X				3138667731		
19	Pedro Olivero C.	X		70	3999197							X				3125542660		
20	Adelis Maria Olivero		X	65	25079182							X				3169253892		
21	OFelia Sanabria		X	94	28013815							X				3187789311		
22	Elvia Valderrama		X	70	28008005	X										3153805209		
23	Diocelina Pulgarin		V	66	21652322							X						
24	Estela Hueso		X	78	28013499							X				3203019688		
25	Ana Beatriz Cantillo		X	59	37936876							X				3215031929		

Convenciones: 1 Personas en situación de discapacidad. 2 Desplazado. 3 Migrante y/o Afrodescendientes. 4 Mujeres en gestación. 5. Comunidades indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7 No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Salud/PIC | Revisó: Secretario de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIC MUNICIPIO DE ARBOLETES ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	29/02/2024
Versión:	2
Paginas:	Pag 1 de 1

840

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con Adultos Jovenes

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejedo - Instructor Fisico

FECHA: 12 de Junio

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Bignis Salazar		x	30	1001815198	x							Urb. Prado		Independ.	3005591901		
2	Yurley Romero		x	30	1042212901							x	Caseajera		Ama casa	3108079367		
3	Gabriela Peña		x	34	1039690209							x	Canta rana		Independ.	3217761963		
4	Denirys Chacon		x	33	1042212473							x	Villa Maria		Ama casa	3105031587		
5	Anaeis Badilla		x	47	63469449							x	Gaitan		Secretaria	3165486187		
6	Leidy Mendez		x	14	1097193874							x	25 enero		Estudiant	5185043932		
7	Rubiela Almendrales		x	33	1090428162							x	Villa Maria		Independ	3004594916		
8	Juan Pablo Ospino	x		48	911945786							x	Gaitan		Aux enfer	3123377352		
9	Amparo Muñoz		x	49	21950336							x	Colonia Sur		Ama casa			
10	Leidy Daniela		x	17	1096235280							x	25 de enero		Estudiante	3187096 1967		
11	Ana rubio		x	33	1061875540							x	Buenos Aires		Ama casa	3137589207		
12	Viviana Cortes		x	90	37538443		x						23 de Julio		Ama casa	3016987099		
13	Adriana Barrios		x	32	21044647							x	Central		Independ	3053774185		
14	Shirly Parra		x	33	1095925612							x	Villa Maria		Ama casa	3005950170		
15	Tatiana Higuera		x	27	1005085829		x						La española		Oficios vari	3127329009		
16	Yasbleidys Vanegas		x	17	1096197532							x	La española		Estudiante	3019376070		
17	Natalia Vides		x	29	1001814731 2							x	Brisas		Estudiante	3223122517		
18	Ana Maria Ospina		x	41	37944673							x	Brisas		Ama casa	3156294293		
19	Anarelis Gomez		x	46	23151336							x	La española		Ama casa	3163234549		
20	Luz Mery Perez		x	44	21930624							x	El Prado		Ama casa	3213214467		
21	Jennifer Mendez		x	31	1102721651							x	23 de Julio		Ama casa	3208543504		
22	Maria Peñate		x	63	37924086							x	Progreso		Ama casa	3155086487		
23	Yuri Ocampo		x	31	1042212960							x	Palmitos		Ama casa	3226464424		
24	Nelly Badilla		x	57	21944799							x	Naranjos		Empleada	3175551160		
25	Angelica Moreno G		x	27	1042214027							x	B. la victoria		ama casa	3145191971		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	FAT-CAC-GAM-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

841

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con Adulto Joven

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejeda - Instructor Fisico

FECHA: 19 de Junio

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Ana Rubio		x	33	1001815540	x							Buenos Air		Ama de casa	3133589201		
2	Tatiana Higuera		x	27	1005085329							x	La española		Oficios varios	3127329009		
3	Maria Peñate		x	63	37924086							x	Progreso		Ama Casa	3155086487		
4	Natalia Vides		x	29	1001B197372							x	Brisas		Estudiante	3223122777		
5	Anaeis Badillo		x	42	63969499							x	Gaitan		Secretaria	3105982702		
6	Juan Pablo Ospino	x		98	91445786							x	Gaitan		Aux enfer.	3123577352		
7	Leidy Daniela		x	19	1046213578							x	23 de enero		Estudiant	3181096496?		
8	Leidy Mendez		x	19	1094719387?							x	23 de enero		Estudiante	3185043932		
9	Bianis Salazar		x	30	1007815798							x	Urb. Prado		Independ.	3003597901		
10	Gabriela Peña		x	34	1039690209							x	Cantarana		Independ.	3217761963		
11	Rubiela Almendrales		x	33	1090128162							x	Villa Maria		Independ.	3009199916		
12	Adriana Barrios		x	32	27044647							x	Central		Independ.	3053374185		
13	Viviana Cortes		x	40	37378943							x	23 de Julio		Ama Casa	3016987099		
14	Ana Maria Ospina		x	44	37444633							x	Brisas		Ama Casa	3156294293		
15	Luz Mery Perez		x	44	27950624							x	El Prado		Ama Casa	3213214467		
16	Yasbleidys Vanegas		x	17	1096197532							x	19 Española		Estudiante	3049376073		
17	Shirly Peña		x	33	1095925672							x	Villa Maria		Ama Casa	3005950170		
18	Anarelis Gomez		x	46	23151336							x	La Española		Ama Casa.	3163234349		
19	Nelly Badillo		x	37	21949799							x	Naranjos		Empleada	3175557760		
20	Jennifer Mendez		x	31	1102721651							x	23 de Julio		ama de casa	3208543504		
21	Yuri Ocampo		x	31	1042212960							x	Palmitos		Ama de casa	3226464924		
22	Yurley Romero		x	30	1042212901							x	V. cascajera		Ama de Cas	3108093677		
23	Amparo Muñoz		x	49	21950336							x	Colonia Jos		Amadecas	3		
24	Deniyis Charon		x	33	1042212473							x	B. Villamaria		Ama de casa	3105631587		
25	Angela Moreno G.		X	27	1042214227							x	B la victoria		Ama de casa	3143949355		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-05-GAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024 842
Versión:	2
Paginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica con Adulto dover

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alvaro Jongo - Instructor Fisico

FECHA: 12 de Junio

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Yurley Romero		x	30	1092272901							x	V. Cascajera		Ama casa	3108079367		
2	Anaeis Badillo		x	47	63469449							x	Gaitan		Secretaria	3105482702		
3	Penirys Chason		x	33	1042212473							x	Villa Maria		Ama casa	3105031587		
4	Leidy Mendez		x	19	1097193879	x							25 de enero		Estudiante	3185043937		
5	Bianis Salazar		x	30	1001835198							x	Urb Prado		Independ.	3005597901		
6	Natalia Vides		x	24	1001817512							x	Brisas		Estudiante	3223122517		
7	Rubiela Almendrales		x	33	1090428162	4							Villa Maria		Independ.	3004594416		
8	Ana Rubio		x	35	1001815590							x	Buenos Aires		Ama casa	3133589921		
9	Amparo Muñoz		x	49	21950336							x	Colonia Su		Ama casa			
10	Leidy Daniela		x	17	1096213526							x	25 enero		Estudiant	318 10969967		
11	Juan Pablo Ospino	x		48	91445786							x	Gaitan		Aux enfer.	3123737352		
12	Shirly Parra		x	33	1095925672							x	Villa Maria		Ama casa	3005950170		
13	Gabriela Peña		x	39	1059690209							x	Cantarana		Independ.	3177167965		
14	Maria Peñate		x	63	37924086	4							Progreso		Ama casa	3155086487		
15	Viviana Cortes		x	40	37378493							x	23 de Julio		Ama casa	3016987049		
16	Adriana Barrios		x	32	21044647							x	Central		Indepen.	3053374185		
17	Ana Maria Ospina		x	41	37494673							x	Brisas		Ama casa	3156294293		
18	Yasbleidys Vanegas		x	19	1096197332	x							La española		Estudiante	3019376033		
19	Luz Mery Perez		x	44	21950624							x	El Prado		Ama casa	3213274467		
20	Yuri Ocampo		x	31	1042272960							x	Palmitos		Ama casa	3226969424		
21	Tatiana Higuera		x	27	1005085329							x	La española		Oficios varios	3123329009		
22	Anarelis Gomez		x	46	23151336							x	La española		Ama casa	3163234549		
23	Jennifer Mendez		x	31	1102721651							x	23 de Julio		Ama casa	3208543504		
24	Nelly Badillo		x	37	21949949							x	Naranjos		Empleada	3175557160		
25	Angelica Moreno G.		x	27	1042274027							x	B. la victoria		Ama casa	3143191935		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PECAC-DAN-01
Fecha de Aprobación:	21/03/2024 843
Versión:	2
Páginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Física con Adulto Joven

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor Físico

FECHA: 14 de Junio

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Damaris Ayala		X	41	1005177936							X	Las vegas			3158058245		Damaris A.
2	Yurley Romero		X	30	1042212901							X	V. Cascajera			3108074367		Yurley R.
3	Denirys Chacón		X	32	1042212973							X	Villa Maria			3103631587		Denirys Chacón
4	Yasmin Machado		X	46	52480013							X	23 de julio			3152056705		Yasmin Machado
5	Juan Carlos	X		44	71191657							X	Brisas			3102908033		
6	Ledys Montoya		X	33	1096211467	X							V x 10			3024110881		Ledys Montoya
7	Yasbleidys Vanegas		X	17	1096191532							X	Española			3014376073		Yasbleidys
8	Anarelis Gomez		X	46	23151336							X	Española			3163239549		Anarelis
9	Andrea Carolina Gomez		X	10	63547554							X	Colonia Sur			3166035782		
10	Isabel Gutierrez		X	54	23751198							X	Progreso			3228302018		Isabel
11	Shirley Parra		X	32	1095925662							X	Villa Maria			3005950170		Shirley
12	Diana Ospino		X	32	1002965583							X	Brisas			3102908033		DIANA
13	Ineridy Cantillo H.		X	39	37579711							X	Vereda x 10			3168647087		
14	Roxana Herrera		X	23	28079798							X	Ver. el cinco			3127743763		Roxana Herrera
15	Gledys Varos		X	40	39286914							X	Gaitan			3122502440		
16	Luz Amparo Marin		X	51	21894663							X	Gaitan			3014064839		Amparo
17	Fabiola Agudelo		X	18	30390387	X							Brisas			3011258924		FABIOLA
18	Ana Mrio Campesano		X	33	1001505510							X	B. aires			3133589207		Ana Mario
19	Michel Morales		X	18	9058198478							X	Brisas			3198798240		
20	Lorena Quino		X	23	1005180006							X	25 Enero			3173628999		
21	Leydi Daniela Ruiz		X	18	1058194956							X	25 Enero			3222638847		
22	Kairi Moreno G		X	36	1096191808							X	B. Progreso			3134181554		
23	Miley Ruiz		X	43	21950581							X	Gaitan			3105482702		Miley
24	Anacis Badillo		X	47	1146944							X	Gaitan			3105482702		
25	Adriana Barrios		X	32	21094647							X	Central			3053779185		
26	Farid Aslin		X	23	1001814918							X				3159299961		Farid Aslin

Convenciones: 1.Persona en situación de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Huerfano en gestación. 5. Comunidades indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Sharick Gutierrez Revisó: Secretaria de Planeación, TIC y Ordenamiento Territorial Aprobó: Secretaria General

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDÓ ***

Municipio de Santa Fe de Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código	
Fecha de Aprobación	21/02/2024 B44
Versión	2
Página	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con Niños

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor Fisico

FECHA: 3 de Junio

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Allyson Diaz Galvis		X	3	1042275379							√	Gaitan	CDI				
2	Jeronimo Osorio Jimenez	X		4	1096282385							√	Gaitan	CDI				
3	Jhon Alex Nieto H.	X		3	1096855881							x	Gaitan	CDI				
4	Jhosias Avila Vasquez	X		4	1042275744							x	Gaitan	CDI				
5	Zoe Dariana Lopez L.		X	4	1043794279							x	Gaitan	CDI				
6	Chistofer Matias Meneses	X		3	1185464733							x	Gaitan	CDI				
7	Santiago Cargio Carrillo	X		4	1097273975							x	Gaitan	CDI				
8	Juan Esteban Zapata E.	X		4	1097214273							x	Gaitan	CDI				
9	Allison Diaz Orozco		X	4	1097273908							x	Gaitan	CDI				
10	Dominik Santiago ortiz	X		4	1097214236							x	Gaitan	CDI				
11	Jose Manuel Urrutia	X		4	1042275690							x	Gaitan	CDI				
12	Ivana Micidis Florez		X	4	1042275742							x	Gaitan	CDI				
13	Sara valentina Marmol M		X	4	1096815448							x	Gaitan	CDI				
14	Ariacha sofia Arcila		X	5	1042215660							x	Gaitan	CDI				
15	Martin Giraldo Herrera	X		5	1042215669							x	Gaitan	CDI				
16	Juan Jose valencia Hincapie	X		5	1042215568							x	Gaitan	CDI				
17	Sara Matias		X	4	1042215709							x	Gaitan	CDI				
18	Yeleith torres		X	4	1042215698							x	Gaitan	CDI				
19	Joan Javier Matiz	X		4	1042215762							x	Gaitan	CDI				
20	Juan Andres Henao	X		4	1042215771							x	Gaitan	CDI				
21	Dilan Jose Quino O.	X		114	1042-15789							x	Gaitan	CDI				
22	Luna Camargo P.		X	4	1097274939							x	Gaitan	CDI				
23	Elian Samuel M.	X		4	1115749687							x	Gaitan	CDI				
24	Andrey Rodriguez	X		4	1042215811							x	Gaitan	CDI				
25	Ariana Contreo		X	4	1096875626							x	Gaitan	CDI				

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad. 2.Desplazados. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestación. 5. Comunidades Indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguno de los anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno | Revisó: Secretaría de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO x@ MUNICIPIO DE SANTA FE DE ANTIOQUIA ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	PAP-GAC-GAN-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con Niños

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Rc 003 -2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfredo Tejedo - Instructor Físico

FECHA: 4 de Junio

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Jareth thael Arciva		X	5	1097273744							X	B.Central	IELED		3042098779		
2	Edelin Dayana		X	5	1042215467							X	B. Central	IELED		3203625929		
3	Hellen Maite		X	5	1042215465							X	B Central	IELED		3223964399		
4	Mariana Salome		X	5	1042215453							X	B Central	IELED		3196280793		
5	Nikol Cordoras		X	5	1096257218	X							B. Central	IELED		3126127731		
6	Valentina Hernandez		X	5	1042215603							X	B. Central	IELED		3143775378		
7	Alessandro Guarín	X		5	1042215605							X	B Central	IELED		3219138820		
8	Luis Adrian	X		5	1096257697							X	B Central	IELED		3218876693		
9	Emanuel Reinaldo	X		5	NA1016622389							X	B Central	IELED		3045250503		
10	Willy Yessid	X		5	1042215444							X	B. Central	IELED		3104302420		
11	Duvan Alexis	X		5	1042215627							X	B. Central	IELED		3172164719		
12	Manuel Stiven	X		5	1037505011							X	B. Central	IELED		3220520164		
13	Pavon Florez	X		5	1096256884							X	B. Central	IELED		3174144136		
14	Aylen Pabilla		X	5	1042215412							X	B Central	IELED		3136680539		
15	Elian Tovar	X		5	1042215540							X	B. Central	IELED		3506503715		
16	Maria jose		X	5	1097214023							X	B. Central	IELED		3142552525		
17	Stiven Parra	X		4	1042215646							X	B. Central	IELED		3185900813		
18	Stiven Palacios	X		5	1042216469							X	B. Central	IELED		3184197656		
19	Matios Rangel	X		5	1104737157							X	B Central	IELED		3214788626		
20	Anthony Rodrigez	X		5	1042215584							X	B. Central	IELED				
21	Alejandro Rodrigez	X		5	1042215539							X	B Central	IELED		3003720052		
22	David Rodriguez	X		6	1042215340							X	B Central	IELED		3503592358		
23	Liceth Sastre		X	5	1097212273							X	B Central	IELED		3185501314		
24	Zulay Alvarez		X	4	1042215614							X	B. Central	IELED		3046328327		
25	Juan Jose	X		5	1097211917							X	B Central	IELED		316 774 1470		

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Fondo Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GC-04-V01
Fecha de Aprobación:	20/03/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

846

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con niños

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alexander Alejandro - Instructor fisico

FECHA: 24 de Junio

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO M	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Angel Gabriel	X		3	10428656		X						Gaitan	CDI				
2	Axel steven Cujar	X		3	1216864906							X	Gaitan	CDI				
3	Emily Sofia Ruiz		X	3	1042276012		X						Gaitan	CDI				
4	Yeshua Felipe Reyes	X		3	1042276043							X	Gaitan	CDI				
5	Bryan Gael Diaz	X		2	1042275911							X	Gaitan	CDI				
6	Martin Elias	X		3	1222137687							X	Gaitan	CDI				
7	Samuel Martinez	X		3	1096816725							X	Gaitan	CDI				
8	Milagros Conde		X	3	1096816767							X	Gaitan	CDI				
9	Cesar Daniel		X	3	1095953277							X	Gaitan	CDI				
10	Byron Isaac	X		3	1042276066							X	Gaitan	CDI				
11	Amaurys Manuel	X		3	1042276039							X	Gaitan	CDI				
12	Maria Jose Diaz		X	3	1042275991							X	Gaitan	CDI				
13	Orlan Yosib Hernandez	X		3	1042276048							X	Gaitan	CDI				
14	Darian Mathias	X		2	1042276125							X	Gaitan	CDI				
15	Angel Gabriel Herrera	X		3	1012 8920							X	Gaitan	CDI				
16	Luis darian	X		2	1042276176							X	Gaitan	CDI				
17	Lauren Victoria		X	3	1042275974							X	Gaitan	CDI				
18	Mathias Martinez	X		3	1045179967							X	Gaitan	CDI				
19	Salvador Jauregui	X		3	1099437							X	Gaitan	CDI				
20	Thania Jireth Cadiz		X	3	1046227548							X	Gaitan	CDI				
21	Emmanuel Miranda	X		3	1046749451							X	Gaitan	CDI				
22	Sandry Sofia Vargas		X	3	1037307409							X	Gaitan	CDI				
23												X						
24												X						
25												X						

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE FONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia	GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO	Código:	F-PR-GC-03-0003	847
		Fecha de Aprobación:	21/02/2024	
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2	
		Páginas:	Pag 1 de 1	

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Actividad Fisica Con niños

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Alfonso Tejada - Instructor Físico.

FECHA: 24 de Junio

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Kristhen Estrada		X	4	1096815563							x	Gaitan	CDI				
2	Maximiliano Goez	x		4	1097442377							x	Gaitan	CDI				
3	Maria Villada T.		x	4	1.155778055							x	Gaitan	CDI				
4	Santiago Guzman	x		5	1096257872							x	Gaitan	CDI				
5	Juan Andres Lopez	x		4	1042215767							x	Gaitan	CDI				
6	Heyllcen Sofia Florez		x	4	1097274000							x	Gaitan	CDI				
7	Josua Vargas	x		4	1097274614							x	Gaitan	CDI				
8	Ian Alejandro G.	x		4	1077252054							x	Gaitan	CDI				
9	Maria Celeste Pinzon		x	4	1097746845							x	Gaitan	CDI				
10	Wolfran Mauricio	x		4	1097274957							x	Gaitan	CDI				
11	Adriana Sofia		x	4	1097213999							x	Gaitan	CDI				
12	Itsel Fernanda Diaz		x	3	1042215474							x	Gaitan	CDI				
13	Gabriela Vargas		x	4	1042275794							x	Gaitan	CDI				
14	Jaret Mateo	x		4	1042215037							x	Gaitan	CDI				
15	Maximo Valentino	x		4	1042215334							x	Gaitan	CDI				
16	Dara Salome Gaitan		x	4	1042215636							x	Gaitan	CDI				
17	Sebastian Jesus	x		4	1097215127							x	Gaitan	CDI				
18	Isa Fernanda S.		x	4	1097274460							x	Gaitan	CDI				
19	Matis Alexander	x		4	1042215							x	Gaitan	CDI				
20	Erik Matias	x		4	1042215496							x	Gaitan	CDI				
21	Maximiliano	x		4	1096415960							x	Gaitan	CDI				
22	Josua David	x		4	1042215830							x	Gaitan	CDI				
23																		
24																		
25																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG. MUNICIPIO DE YONDO ***

3147865565 TANIA PINO ORTEGA

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DIMENSIÓN CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

TEMA:

Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia. Se realizará en el área urbana

LUGAR:

Canitas Sabias

POBLACIÓN:

Mujeres del municipio de Yondó- Antioquia

RESPONSABLE:

Equipo interdisciplinario PIC.

OBJETIVOS GENERAL

Promover la no violencia contra la mujer mediante la sensibilización y educación de la comunidad, fortaleciendo el compromiso y la acción colectiva para la creación de espacios seguros y de apoyo para las mujeres

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Educar a la comunidad sobre los diferentes tipos de violencia contra la mujer, incluyendo el maltrato físico, psicológico, económico y patrimonial
- ✓ Fomentar la conciencia y rechazo hacia cualquier forma de maltrato a través de actividades simbólicas
- ✓ Informar a la comunidad sobre las rutas de atención y recursos disponibles para casos de violencia intrafamiliar
- ✓ Motivar a la comunidad a reportar situaciones de violencia y buscar ayuda

FORMA DE CONVOCATORIA:

Se realizo articulación a través de oficio dirigido a la primera dama con el fin de hacer aprovechamiento de la celebración del día de las madres para promocionar la no violencia contra la mujer, quien respondió positivamente. Se realiza convocatoria a los actores que menciona el anexo técnico por medio de oficio.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 8:00 am se da inicio a la actividad de promoción de la no violencia contra la mujer, la cual comenzó con una calurosa bienvenida y agradecimiento a las madres del recinto por parte de una enfermera profesional. La enfermera destacó el importante rol que desempeñan las madres, no solo en la crianza, sino también en la enseñanza de valores y en dar lecciones de vida a través del ejemplo, formando así el futuro de las próximas generaciones. Invitó a todos a crear espacios seguros para las madres y mujeres, subrayando que es un trabajo de todos, incentivando a todos los presentes a repetir el lema "CONTRA EL MALTRATO NO HAY TRATO", recalcando que cualquier acción que contribuya al respeto a los derechos humanos crea espacios seguros y equitativos para las mujeres.

Durante la actividad, se realizó la significativa colocación de un lazo morado a todas las mujeres presentes, simbolizando el compromiso y la lucha contra la violencia de género. Este acto, lleno de profundo simbolismo, buscó visibilizar y concientizar sobre la importancia de erradicar cualquier forma de violencia hacia las mujeres. Al portar el lazo morado, cada mujer reafirmó su apoyo a la causa, promoviendo un mensaje de solidaridad y unidad en la lucha por espacios seguros y respetuosos para todas.

A continuación, el auxiliar de enfermería se dirigió a la comunidad para hablar sobre los diferentes tipos de violencia contra la mujer. Explicó detalladamente cada caso, enfatizando que no solo existe el maltrato físico, sino también el psicológico, económico, patrimonial, entre otros.

Seguidamente, la comisaria de familia participó en la promoción, explicando las rutas de la violencia intrafamiliar y motivando a la comunidad a reportar estos casos si se presentan. También se invitó a la comunidad a crear conciencia y no aceptar tratos con el maltrato. Como símbolo de compromiso y apoyo a la promoción de la no violencia contra la mujer, los participantes aplicaron témpera de color morado sobre sus manos y colocaron sus huellas en la cartelera que contenía mensajes alusivos a la No violencia contra la mujer.

Las madres disfrutaron de un espacio decorado con globos, una silla tipo poltrona, donde podían sentirse cómodas, compartir un rato agradable, tomarse fotos y sentirse seguras. El evento contó con la participación del ejército nacional, que alegró a los participantes con canciones, competencias y bailes. Sorpresivamente, un grupo de mariachis contratados ingresó para deleitar a las madres con canciones alusivas al Día de las Madres.

El técnico en recreación incentivó a las participantes a realizar actividades lúdicas y técnicas de estiramiento. La primera dama, en colaboración con la coordinadora del centro Vida Cañitas Sabias, preparó una actividad de bingo donde las participantes ganaron premios.

Finalmente, se disfrutó de un delicioso sancocho preparado por el ejército nacional y la primera dama obsequió a cada madre un vaso con un mensaje en representación al importante valor de las madres para las familias como recordatorio y conmemoración de su honorable labor.

RESULTADOS Y LOGROS

- ✓ La actividad contó con la asistencia de 100 personas y con la participación de la comunidad, incluyendo a madres, miembros del ejército nacional, la comisaría de familia y líderes locales, lo que fortaleció el sentido de unidad y compromiso colectivo.
- ✓ Se logró educar a la comunidad sobre los diferentes tipos de violencia contra la mujer, con explicaciones detalladas que aumentaron la comprensión sobre la gravedad y diversidad de este problema.
- ✓ La colocación de lazos morados y la huella de manos en la cartelera fueron actividades simbólicas exitosas que reforzaron el compromiso de los participantes en la promoción de la no violencia contra la mujer
- ✓ El evento proporcionó un espacio seguro y agradable donde las madres pudieron relajarse, compartir y disfrutar de actividades recreativas, música y una comida especial, lo que fomentó un sentido de comunidad y apoyo mutuo

INDICADOR:

Total de Encuentros comunitarios para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales	Numero de encuentros comunitarios para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales realizados	Numero de encuentros comunitarios para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales pendientes por realizar
1	1	0
100%	100%	0%



ANÁLISIS

Como se observa en la gráfica, se ejecutó el encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales realizados, dando cumplimiento al 100% de la actividad

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INFORME CUANTITATIVO

LUGAR	CANTIDAD
Canitas sabias	100 personas
Total	**100 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	2 personas
Victima	37 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	61 personas
Total	**100 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	9 personas
Mujer	91 personas
Total	**100 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5 a 11 años	0 personas
12 a 26 años	9 personas
27 a 50 años	11 personas
Mayor de 50 años	80 personas
Total	**100 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	65 personas
Rural	35 persona
Total	**100 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Milady Pinzon
MILEIDY PINZON
Psicóloga

ALFONSO FAJARDO
Instructor físico

SAMUEL TORRES
Nutricionista

ANGELICA CUJAR
Enfermera profesional

RAFAEL OSPINO MARMOL
Auxiliar de enfermería

DIANA FAJARDO
Ing. Ambiental

8

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

MINICIPIO DE YONDÓ
Gestión Documental

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

No. Radicado: 00001007
Fecha de radicado: 27 MAY 2024
Hora: 10:01 am
Nombre:
No. de Anexos: 4

Señor (s)
VIRGILIO ALBEIRO RAMOS ROMERO
Secretario de Deporte, Cultura y Turismo
Alcaldía de yondo

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoria social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
CRISTINA HERREÑO
ASOCIMUTY

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

cale este acta
24 05 /24

85

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
JHON JAIRO CANTILLO
JAC Barrio El Paraiso.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Dalis Ortiz Romero

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (a)
EDILBERTO PATIÑO AZUERO
Comisario De Familia
Alcaldia Municipal De Yondo

Yoly Galvan
24/05/2024

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

ANIBAL IGNACIO GAMARRA CASTRO.

Señor IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
ALEX LIZCANO
JAC Barrio Prado Viejo.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoria social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

27.950490 27/05/24

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
MARCELINO MACHACADO
JAC Barrio 23 de Julio.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
MANUEL CARDENAS ARDILA
JAC Barrio La Victoria.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER GAMARRA CASTRO

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

(Manuel) Cárdenas
24 05 2024

861

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
JHON JAIRO CARDONA
JAC Barrio Brisas del Oriente.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Recibí 24 mayo 2024 Hora 08-58
Jairo de J. Cardona C. C.C. 15.323.798

JAIRO DE JESÚS CARDONA C.
PRESIDENTE JAC
BARRIO BRISAS DEL ORIENTE
YONDÓ, ANTIOQUIA

862

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
ROSENDA MARIA ORTEGA
JAC Barrio Jorge Eliecer Gaitán.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

24-05-2024

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

863

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
MARCO ANTONIO TRUJILLO
JAC Barrio La Española.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoria social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

24-05-2024
9:00 a.m.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
MARLENY CONDE HERNANDEZ
JAC Barrio Central.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoria social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Recibido Marleny Hernandez 24/05/2024 9:22

865

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
KATERINE GIL
JAC Barrio 25 de Enero.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER GAMARRA CASTRO.

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Rdo Asistencia
24/5/2024
10:00 Am
P. B. 25 de Enero

866

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
MARTINA RODRIGUEZ
Gestora Social Del Municipio De Yondo.

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoría social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia.

Se realizará en el área urbana

FECHA: 31/05/2024
HORA: 08:00 hasta las 12:00 pm
LUGAR: Canitas sabias

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

Javier Gamarra Castro.

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Karen Yalile Aliza
1042214850
27-05-2024

801

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

MUNICIPIO DE YONDÓ
Gestión Documental
No. Radicado: 00000817
Fecha de radicado: 02 MAY 2024
Hora: 2:53 pm
Nombre:
No. de Anexos: 0

Yondó, 30 abril 2024

Señor (a)
MARTINA RODRÍGUEZ
GESTORA SOCIAL

Asunto: Solicitud de espacio para promoción de la NO violencia contra la mujer en la celebración del Dia de las Madres

Estimada gestora social, por medio de la presente el programa Plan de Intervenciones Colectivas, solicita amablemente un espacio en la celebración del Dia de las Madres para promover la No violencia contra la mujer, la cual tiene como objetivo concienciar sobre la importancia de erradicar la violencia de género y promover relaciones basadas en el respeto y la igualdad.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas, PIC CONVENIO 003-2024

Actividad a tratar:

- Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer, mediante acciones intersectoriales: oficina de deporte, cultura, gestoria social, presidentes JAC, asociaciones organizadas, comisaria de familia. Se realizará en el área urbana

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
ESE Hospital Héctor Abad Gómez

Actividad No Violencia contra la mujer

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-GAM-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo TIC

FECHA: 31/05/2024

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

Fic 003-2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Griselda Sierra Cruz		X	72	30.783.019		X						Nesperal		Ama de Casa	3188293798	No refiere	Griselda
2	Gladis Nazo		X	27	37.222.289							X	Gaitan		Ama de Casa	No refiere	No refiere	Gladis Nazo
3	Lucila Sanchez		X	71	21928658		X						Buenos aires		Ama de Casa	3204096596	No refiere	Lucilas
4	Maria del carmen Hernandez		X	63	37924140							X	Central		Ama de Casa	3134877320	No refiere	maria H
5	Maria Aura Cano		X	66	37936277							X	Buenosaires		Ama de Casa	3233704236	No refiere	Maria aura cano
6	Maria del carmen Aguilar		X	69	30340739							X	Buenos aires		Ama de Casa	3158168453	No refiere	MARIA
7	Maria Hilda Infante		X	59	40374532							X	Prado		Ama de Casa	3118068588	No refiere	
8	Julia Dolores Peña Jaramillo		X	71	21928154	X							23 de Julio		Ama de Casa	3123766878	No refiere	Julia Peña
9	Bella Flor Ortiz Romero		X	72	28345755							X	Cantarrana		Ama de Casa	3125679310	No refiere	Bella Flor
10	Maria Eucenia Herrera A.		X	66	21938035							X	Victoria		Ama de casa	3123298374	No refiere	Mavia
11	Maria Luisa Herrera B.		X	79	21949483		X						Gaitan		Ama de Casa	No refiere	No refiere	Luisa
12	Gladys Veloza Chaves		X	66	41692443							X	Progreso		Ama de Casa	3206413693	No refiere	Gladys Veloza
13	Nelida Jimenez		X	76	36585211							X	Progreso		Ama de Casa	3017133423	No refiere	Nelida
14	Elizabeth Gonzalez		X	57	36587719							X	23 Julio		Ama de Casa	3106235640	No refiere	Elizabeth G.
15	Luz Marina Herrera		X	68	63471113							X	Brisas		Ama de Casa	3204870417	No refiere	Luz Herrera
16	Estela Ochoa		X	79	21928712		X						Gaitan		Ama de Casa	3146591770	No refiere	Estella ochoa
17	Emilia Quiroga		X	62	63464773							X	Villamana		Ama de Casa	3214313693	No refiere	Emilia Quiroga
18	Maria Elizabeth Seguro		X	68	21928911							X	Vla rinconada		Ama de Casa	3125170947	No refiere	
19	Miriam Pamplona		X	63	46641636							X	Vla condor		Ama de Casa	3186969726	No refiere	
20	Maria Sofia Cogollo		X	61	30649606							X	Villa Maria		Ama de Casa	3128537161	No refiere	Maria cogollo
21	Rosmira Giraldo Barrientos		X	65	36255445							X	Villa Maria		Ama de Casa	3173371466	No refiere	
22	Maria del Carmen Arenas		X	67	37923417		X						Progreso		Ama de Casa	3002487233	No refiere	Maria del Carmen
23	Maria del carmen Jaramillo		X	71	37929761							X	3 de Octubre		Ama de Casa	No refiere	No refiere	Maria
24	Petronila Moreno		X	65	23899632							X	Prado		Ama de casa	3183186469	No refiere	Petronila
	Magda Carcamo		X	66	37932352								Gaitan		Ama de Casa	3102248586	No refiere	magola c

Nota: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Tunkú Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-CaC-DAM-01 869
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pg 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Encuentro comunitario Pdet Promotores de no violencia contra las mujeres

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC

FECHA: 31/08/2024

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 2023-2024

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Noemi Uribe echeverria		X	61	21949 514							X	Naranjos		Ama de Casa	3115328900	No refiere	
2	Blanca Nora Vasquez		X	66	21932.330							X	Gaitan		Ama de Casa	3188439376.	No refiere	
3	Rubis Londoño Pineda		X	61	39032565							X	Naranjos		Ama de Casa	3208843993	No refiere	
4	Maria Margarita Ladino		X	73	21932106							X	Villamaria		Ama de Casa	No refiere	No refiere	
5	Martha Rosa Ladino		X	71	43260003	X							La Paz		Ama de Casa	3158348147	No refiere	
6	Maria Dolores Ladino		X	79	21930176							X	Progreso		Ama de Casa	3002225603	No refiere	
7	Elida Alzuela Carreño		X	68	28211090							X	Naranjos		Ama de Casa	3147992488	No refiere	
8	Arnolda Sanchez		X	47	21950406		X						Naranjos		Ama de Casa	3177448707	No refiere	
9	Maria Gladis Roda		X	84	21930596		X						Naranjos.		Ama de Casa	3152711281	No refiere	
10	Rodelquida Colde		X	76	2801454							X	Prado		Ama de Casa	No refiere	No refiere	
11	Gloria Esperanza Ruiz		X	60	63455691							X	Paraiso		Ama de Casa	3163167967	No refiere	Gloria Ruiz
12	Juana Sanchez		X	64	28322983							X	Villamaria		Ama de Casa	3175270767	No refiere	Juana Sánchez
13	Damaris Amaya		X	57	21949944		X						25 de enero		Ama de Casa	3144729142	No refiere	
14	Martha Isabel Galeano M.		X	64	27681500							X	Prado Viejo		Ama de Casa	3133505102	No refiere	
15	Berta Dolis Rodriguez		X	62	63463385		X						Bimar		Ama de Casa	3158611692	No refiere	
16	Eliza Maria Arias Casallido		X	21	1005185888		X						V. Pt Mangos		Ama de Casa	3144215612	No refiere	Elisa MARIA
17	Miriam Casallido		X	62	23148489		X						V. Pt Mangos		Ama de Casa	3105761851	No refiere	
18	Oliva Mera		X	66	37920482		X						V. San Luis.		Ama de Casa	No refiere	No refiere	
19	Abigail Gomez		X	64	37925839							X	V. San Luis.		Ama de Casa	3244418337	No refiere	
20	Ana Julia Villareal		X	80	21949299							X	V San Luis.		Ama de Casa	3157834758	No refiere	
21	Maribel Charan		X	31	1042212699		X						V. San Luis.		Ama de Casa	3157834758	No refiere	
22	Maria Ruth Castaño		X	73	21950748		X						V San Luis.		Ama de Casa	No refiere	No refiere	
23	Bernarda Isabel Gutierrez		X	76	37920888		X						V. San Luis		Ama de Casa	3246315604	No refiere	
24	Elaines Videz		X	87	23155722							X	V. Km 5		Ama de Casa	3173348190	No refiere	
25	Emilia Loreta Videz		X	61	63466788		X						V. Kilometro 5		Ama de Casa	3173348190	No refiere	

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno	Revisó: Secretaría de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-CAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	21/03/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Encuentro comunitario para promocionar la No Violencia contra la mujer

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC

FECHA: 31/05/2024

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

PIC 003 -2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Maria Dolores Moyano		X	84	21923865							X	la Victoria		Ama de casa	83257766	No refiere	
2	Isabel Reyes Moreno		X	60	21934138							X	San Luis Beltran		Ama de casa	3125269003	No refiere	
3	Silva A. Hernandez		X	76	25960822		X						CPB Calsabt		Ama de Casa	3153051022	No refiere	
4	Rosa Medina Calen		X	63	21949459		X						Progreso		Ama de Casa	3115124554	No refiere	
5	Marlon Cristina Herera		X	60	21949761		X						San Miguel Trigre.	ASOMUTY	Presidenta	3227159433	No refiere	
6	Ana Helena Rios		X	66	37916833							X	X-10.		Ama de Casa	3566671330	No refiere	
7	Nora Quintero		X	75	28613395							X	Puerto Tomas		Ama de Casa	3132509817	No refiere	
8	Ana Julia Capitre B		X	74	37922270							X	Puerto Tomas		Ama de Casa	3203604453	No refiere	
9	Camila Navarro		X	17	1039687141	X							Puerto las Mangas		Estudiante	3243718467	No refiere	
10	Doris Isabel Carvallido		X	69	45595014	X							pto las mangas		Ama de Casa	3124796626	No refiere	
11	Elsida Pitalua D.		X	69	32960063	X							Pto las Mangas		Ama de Casa	3045320388	No refiere	
12	Florentina Hernandez		X	74	28367041							X	Brisas del Oriente		Ama de Casa	NT	No refiere	
13	Juana Isabel Gomez		X	61	36586758	X							El Cordero		Ama de Casa	3142116258	No refiere	
14	Adela Linares		X	77	247047797	X							El Cordero		Ama de Casa	3103312784	No refiere	
15	Rosa Maria Tabara		X	78	37923534							X	El Cordero		Ama de Casa	3133275060	No refiere	
16	Rosa Della Linares		X	70	37919963	X							El Cordero		Ama de Casa	3188953150	No refiere	
17	Graciela Reyes.		X	52	28023618							X	Playas Blancas		Ama de Casa	3187775704	No refiere	
18	Maria Nubia León		X	65	21950327		X						Kilometro 3		Ama de Casa	NT	No refiere	
19	Esmeralda Torres		X	69	21949642	X							Kilometro 5		Ama de Casa	3154062094	No refiere	
20	Janeth Carpio. P		X	46	28489343	X							Vereda Pto Tomas		Ama de Casa	3152209376	No refiere	
21	Verlides Penaloza		X	65	23747731	X							Pto las Mangas		Ama de Casa	3213345896	No refiere	
22	Amanda Andrade		X	70	37921805	X							Puerto las mangas		Ama de Casa	3243718467	No refiere	
23	Nubia del Socorro Soto		X	67	37917726	X							Kilometro 3-3		Ama de Casa	3158811241	No refiere	
24	Nancy M Navarro		X	86	37918353							X	23 de Julio		Ama de Casa	NT	No refiere	
25	Maria Berarda M		X	60	37963475	X							Vereda X-5		Ama de Casa	NT.	No refiere	

Convendones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	FR-GAC-DAM-01 871
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Encuentro comunitario para promocionar la no violencia contra la mujer.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo TIC

FECHA: 31/05/2024

DEPENDENCIA RESPONSABLE: TIC 003-2024

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Monica Elena Vergara		X	71	28014917							X	B. 16		Ama de casa	3116892633	No refiere	
2	Matilde Isabel Ruiz		X	86	26022708		X						V. Kilometro 5		Ama de casa	3173348190	No refiere	
3	Aurora del Carmen Sossa		X	67	21950608		X						V. San Luis		Ama de casa	3044862326	No refiere	
4	Adriana Curicaramo		X	17	1042211378	X							V. San Luis		Estudiante	3245674747	No refiere	Adriana R.S.
5	Maria Edilma Moreno		X	55	21950148							X	B. Central		Empleada	3104866014	No refiere	
6	Angie K Mori		X	26	1112041332							X	Colonia sur		Policia	3214329789	No refiere	
7	Jeorman Vaz Vaz	X		47	88202148		X						Penal		Penal	3219267251	No refiere	
8	Yaneth Monsalvo	X		39	1096216211							X	Centro		Comerciante	3112655827	No refiere	
9	Argemiro Molina	X		57	3816382							X	23 de Julio		Oficios	3217206409	No refiere	
10	Hernando Vega	X		34	1044606782							X	Bca.		Pintor	3164097	No refiere	
11	Jairo Arenas	X		65	3.597.344		X						Las Vegas		Cabillero		No refiere	
12	Oscar acuña acuña	X		64	13.891.750							X	El Prado		cabillero	3246619680	No refiere	Bello
13	Yefren Bello	X		19	1101441794							X	Bolsillo		Soldados		No refiere	
14	Jesus Rodriguez	X		19	1050545592							X	Bolsillo		Soldado	3147500758	No refiere	
15	Maria E. Zabaleta		X	66	37.916.187							X	Central		Pensionada	3187666341	No refiere	
16	Mayerly Tara Hernandez		X	32	1050444769							X	Central		Ama de casa	3102192602	No refiere	
17	Sury Alejandra Molano		X	17	1080551779							X	25 enero		Ama de casa	3126689892	No refiere	Sury Molano
18	Maria Lora Martinez		X	14	1096806688							X	Victoria		Estudiante	3177036143	No refiere	Maria Martinez
19	Naemi Castillo R.		X	20	4478546							X	San Luis		Ama de Casa	3166213646	No refiere	Naemi C.R
20	Angelica Rodriguez		X	42	21950782							X	San Luis		Oficios Varios	3154124914	No refiere	Angelica Rodriguez
21	Fraicedes Fajardo P		X	52	21949542							X	Brisas O		Oficios Varios	3187228729	No refiere	Fraicedes F.P
22	Jessika J Ortega A.		X	35	1042213013							X	Las Vegas		Oficios Varios	3227112641	No refiere	Jessika Ortega
23	Jose D Hernandez		X	36	1096206276							X	Las Vegas		Oficios Varios	3187288721	No refiere	
24	Angie Pedo Madid		X	24	1002465541							X	Brisas O		Oficios Varios	3001698919	No refiere	Angie madid
25	Yamirta Arizón		X	47	21950375							X	30 Octubre		Docente	3185472083	No refiere	

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades Indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DIMENSION CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

TEMA O ACTIVIDAD:

Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual. (menores consumidores e infractores)

LUGAR:

Barrios: Progreso, 25 de enero, victoria, española, nueva esperanza, Gaitán, paraíso, la paz, Villamaría, José domingo oliveros, 23 de julio, brisas del oriente, central, las vegas y corregimiento san miguel del tigre.

POBLACION:

Comunidad en general de Yondó Antioquia.

RESPONSABLE:

Mileidy Rodríguez Pinzón – Psicóloga

OBJETIVO GENERAL

Realizar visitas en los hogares a casos que han sido reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual (menores consumidores e infractores), con el fin, de hacer seguimiento a las diversas situaciones que se presentan.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Brindar acompañamiento a las familias.
- ✓ Orientar a las familias sobre temas que son de su interés.

CONVOCATORIA

Para desarrollar la actividad se genera contacto telefónico con las personas reportadas en el SIVIGILA por casos de violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual, con el fin, de explicarle el proceso del ejercicio, además, de determinar la hora y lugar de encuentro.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

La actividad se desarrolló los días 4, 5, 6, 12, 17, 18, 19, 20, 27, 28 junio 2024 en los barrios Progreso, 25 de enero, victoria, española, nueva esperanza, Gaitán, paraíso, la paz, Villamaría, José domingo oliveros, 23 de julio, brisas del oriente, central, las vegas y corregimiento san miguel del tigre. Se inicia contactando previamente por vía telefónica a la población reportada en el SIVIGILA, con el fin, de determinar el horario para desarrollar las visitas en los hogares, en el mes de junio se desarrollaron 26 seguimientos en el área urbana y 1 en el área rural del municipio, allí, se indago sobre el caso que fue reportado, las personas con las que vive actualmente, su estado emocional a partir del evento, además, si se interpuso la respectiva denuncia según sea el caso, así como las acciones que le enviaron desde el centro de atención, una vez recolectada la información, se prosigue a socializar las rutas de atención del municipio y brindar orientación. Por último, se establecen compromisos referentes a la situación.

RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ En el mes de junio se desarrollaron 26 seguimientos en el área urbana y 1 en el área rural.
- ✓ Sensibilizar a las familias sobre temas que fortalezcan el bienestar emocional.
- ✓ Se activo la ruta de atención a víctima de maltrato en la comisaria de familia

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INDICADOR

Total, Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual. (menores consumidores e infractores).	Número, Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual. (menores consumidores e infractores), realizados.	Número, Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual. (menores consumidores e infractores), pendientes
50	27	23
100%	54 %	46 %



E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

ANALISIS

De la cantidad total de la actividad de Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de género y abuso sexual. (menores consumidores e infractores) se debían realizar "50" (correspondiente al 100%), el cual, se ejecutaron en el mes de junio 27 visitas, lo que indica que está pendiente el 48% para desarrollar en su totalidad.

INFORME CUANTITATIVO

LUGAR	CANTIDAD
Barrio Progreso, 25 de enero, victoria, española, nueva esperanza, Gaitán, paraíso, la paz, Villamaría, José domingo oliveros, 23 de julio, brisas del oriente, central, las vegas y corregimiento san miguel del tigre.	27 personas
TOTAL	**27 personas**

CONDICION	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	10 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	17 personas

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

GENERO	CANTIDAD
Hombre	10 personas
Mujer	17 personas
TOTAL	**27 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	4 personas
5-11 AÑOS	5 personas
12- 26 AÑOS	8 personas
27-50 AÑOS	9 personas
Mayor de 50 AÑOS	1 personas
Total	**27 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	26 personas
Rural	1 personas
TOTAL	**27 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Mileidy Pinzón

MILEIDY RODRIGUEZ PINZON
Psicóloga

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	17/06/2024.
IDENTIFICACION	1.096.902.727
NOMBRE COMPLETO	Jhoan Sebastian Ortiz Castaño.
EDAD	17
FECHA DE NACIMIENTO	02/Septiembre/2006.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Villamaria.
TELEFONO	3187243635.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Erika Castaño.
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3187243635.
DIRECCION	Barrio Villa Maria.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Recibo impacto de bala.

COMPROMISOS Y ACCIONES
-La familia realiza las respectivas indicaciones brindadas por el personal de salud. - Se establece el compromiso de que la familia en general acudan a terapia psicologica.

FIRMA PARTICIPANTE: Jhoan Sebastian

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Arcon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/ Junio/ 2024.
IDENTIFICACION	43102374
NOMBRE COMPLETO	Maryori Estela Atehortua Vergara.
EDAD	48
FECHA DE NACIMIENTO	6/ Diciembre/ 1976
LUGAR DE RESIDENCIA	Barno la victoria.
TELEFONO	3015313932

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Violencia intrafamiliar por parte de su pareja.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se realiza la actuacion de la ruta por comuaria. - Se dio informacion de los tipos de violencia y el ciclo de esta.

FIRMA: _____

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Amaya

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	17/Junio/2024
IDENTIFICACION	1097194281
NOMBRE COMPLETO	Matias Muñoz Gomez
EDAD	13
FECHA DE NACIMIENTO	07 - Agosto - 2010
LUGAR DE RESIDENCIA	Villa maria
TELEFONO	3213756119

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Luz Karime Gomez
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3213756119
DIRECCION	Barrio Villa maria.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Accidente en moto que ocasiono fractura en el brazo izquierdo.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se creo conciencia sobre los riesgos y peligros a los que estan expuestos los menores. - La familia ha realizado los controles indicados.

FIRMA PARTICIPANTE: Matias M. - Luz KARIME

FIRMA PROFESIONAL: Miledy Pinzón.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	17/ Junio/ 2024
IDENTIFICACION	1001815951
NOMBRE COMPLETO	Gloria susana Muñoz Galeano.
EDAD	21
FECHA DE NACIMIENTO	20/ Septiembre/ 2002.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio 25 de enero
TELEFONO	3126687378

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Demanda a su ex pareja por violencia intrafamiliar.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se dio información de los tipos de violencia y rutas de atención en el municipio. - Se encuentra en acompañamiento psicologico.

FIRMA PARTICIPANTE: Susana Muñoz

FIRMA PROFESIONAL: Milady Pinzón

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/ Junio/ 2024.
IDENTIFICACION	1042213113
NOMBRE COMPLETO	Andres Mateo Ramirez Patiño
EDAD	11
FECHA DE NACIMIENTO	14/Julio/2012
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio 25 de enero
TELEFONO	3158100293

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Yesica Ramirez
PARENTESCO	Madre
TELEFONO	3158100293
DIRECCION	Barrio 25 de enero

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Acudio al hospital por dolor en la costilla.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Realizaron la valoración para descartar posibles diagnosticos.
- Se dio información sobre lo importante que es acudir periodicamente al medico para prevenir diversas enfermedades.

FIRMA PARTICIPANTE: Matias Ramirez — Yesica Ramirez

FIRMA PROFESIONAL: Milady Pinzon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/Junio/2024
IDENTIFICACION	1042216636
NOMBRE COMPLETO	Emmanuel Bravo Riaño
EDAD	9 meses
FECHA DE NACIMIENTO	19/Septiembre/2023
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio la Paz.
TELEFONO	317 5308010

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Veyarleidy Riaño Vanegas.
PARENTESCO	Madre
TELEFONO	3175308010
DIRECCION	Barrio la Paz.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Accidente en moto con el menor.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se brindo información sobre los riesgos y peligros a los que estan expuestos los niños, para asi, generar conciencia sobre estos.

FIRMA PARTICIPANTE: Vieya Riaño

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzón

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/Junio/2024.
IDENTIFICACION	37580588
NOMBRE COMPLETO	Mary isabel Manrilla Moreno.
EDAD	39
FECHA DE NACIMIENTO	11/marzo/1985
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio villa Maria.
TELEFONO	304 642 7917.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Violencia intrafamiliar por parte de su expareja.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se brindo información sobre los tipos de violencia. y el ciclo de esta. - La demanda fue retirada por la afectada.

FIRMA PARTICIPANTE: Mary isabel Manrilla Moreno.

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/ Junio/ 2024.
IDENTIFICACION	1042215731
NOMBRE COMPLETO	Liat Maite Florez Mendez
EDAD	4
FECHA DE NACIMIENTO	29/ Octubre/ 2019
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Gaitan
TELEFONO	3153902814.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Neymar Florez Bayona
PARENTESCO	Padre.
TELEFONO	3134064400
DIRECCION	Barrio Gaitan.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Acudio a la E.S.E por cortada en la mano con vidrios.

COMPROMISOS Y ACCIONES
-No se evidencia signos de violencia y maltrato hacia la menor, se brindo informacion sobre los riesgos y peligros a los que estan expuestos los menores.

FIRMA PARTICIPANTE: Neymar Florez.

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/Junio/2024
IDENTIFICACION	1042214376
NOMBRE COMPLETO	Wendy Vanessa Tayardo Avila.
EDAD	27
FECHA DE NACIMIENTO	1/Agosto/1996.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Ulhanana.
TELEFONO	3126527413.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Agresion fisica.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Las entidades competentes estan realizando el proceso de intervención. - Se dio información sobre resolución de conflictos, por medio de la comunicación asertiva.

FIRMA PARTICIPANTE: _____

FIRMA PROFESIONAL: Mlendy Pinzón

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/ Junio/2024.
IDENTIFICACION	63459631
NOMBRE COMPLETO	Maria Eugenia Yasos.
EDAD	53
FECHA DE NACIMIENTO	25/ Febrero/1971
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Paraiso
TELEFONO	3217260756

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Acudio a la E.S.E, por herida en la ceja ocasiona por disputa con su hijo.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se brindo información de los tipos de violencia. - Las entidades competentes intervinieron generando una orden de captura.

FIRMA PARTICIPANTE: _____

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pimon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	18/ Junio/ 2024
IDENTIFICACION	1096227023
NOMBRE COMPLETO	Marlon Andres Agudelo Monsalve
EDAD	12
FECHA DE NACIMIENTO	13/Abril /2012
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Cenlan
TELEFONO	3118422671

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Estefania Monsalve Mendez
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3155680968
DIRECCION	Barrio los palmitos.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Acudieron a urgencias por sangrado en la nariz.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se dio información sobre la importancia de realizar chequeos medicos para prevenir enfermedades.

FIRMA PARTICIPANTE: Marlon Andres Agudelo Monsalve - Estefanía M

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzón

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	19/ Junio/ 2024.
IDENTIFICACION	1001814774.
NOMBRE COMPLETO	Laura Yiseth Ventez Diaz.
EDAD	21
FECHA DE NACIMIENTO	06/ Junio/ 2003
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Jose domingo Oliveros.
TELEFONO	3014148942.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Interpuso demanda a su expareja por acoso.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se encuentra recibiendo atención psicologica en su eps.
- Se dio información de los tipos de violencia.

FIRMA: Laura Ventez.

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzón.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	19/Junio/2024.
IDENTIFICACION	1096216858
NOMBRE COMPLETO	Emmanuel Yesid Tovar Morales.
EDAD	13
FECHA DE NACIMIENTO	15/Julio/2010
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio 23 de Julio.
TELEFONO	3207641390

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Yury Morales Tabares.
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3207641390.
DIRECCION	Barrio 23 de Julio.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Acudio a la E.S.E por impacto de bala en el pie.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se establece el compromiso de acudir a consulta psicologica. - Se brinda información sobre vinculos familiares, pautas de crianza.

FIRMA: Emmanuel Yesid Tovar Morales

FIRMA PROFESIONAL: Milady Amon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	19/Junio/2024.
IDENTIFICACION	1096215555.
NOMBRE COMPLETO	Yesenia Castrillon Nieves.
EDAD	32
FECHA DE NACIMIENTO	02/Abril/1992.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Central
TELEFONO	3008344558

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Denuncia por violencia intrafamiliar, psicologica y economica.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- Se reforzo informacion sobre los tipos de violencia. - Adicionalmente, se explico la importancia del acompañamiento de su red de apoyo en esta situacion.

FIRMA: Yesenia Castrillon N.

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzon

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	20/Junio/2024.
IDENTIFICACION	PPT 6066716
NOMBRE COMPLETO	Yudaxis Carolina Flaudita Moreno
EDAD	30
FECHA DE NACIMIENTO	03/06/1994
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Brisas del oriente.
TELEFONO	3044413069

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Realizo demanda de orden de alejamiento hacia su expareja.

COMPROMISOS Y ACCIONES
- La entidad competente desarrollo la intervención, y el proceso ya finalizo. - Se brindo información para fortalecer la Salud mental aportando a su bienestar y cuidado personal.

FIRMA: flaudita

FIRMA PROFESIONAL: Milendy Pinzon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	12 / Junio / 2024
IDENTIFICACION	1065243718
NOMBRE COMPLETO	Lilian Yaradi Tapias Estrada
EDAD	31
FECHA DE NACIMIENTO	31/Marzo/ 1993
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio el progreso
TELEFONO	3174860043.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Remitida a la E.S.E por comisaria para atención psicologica.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se solicito cita con la psicologa de la E.S.E.
- Se reforzo información sobre los tipos de violencia y como afectan la salud mental.

FIRMA: Lilian Tapias Estrada

FIRMA PROFESIONAL: Milendy Pinión

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	17/06/2024.
IDENTIFICACION	1042212812
NOMBRE COMPLETO	Saray Pedroza Sajonero.
EDAD	12
FECHA DE NACIMIENTO	28/Junio/2011.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio la Paz.
TELEFONO	3153015943.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Edelsy Sajonero Pimienta
PARENTESCO	Madre
TELEFONO	3153015943.
DIRECCION	Barrio la Paz.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Cambios en el comportamiento, a partir, de la Separación de los padres.

COMPROMISOS Y ACCIONES
• Se compromete a continuar con las terapias psicologicas. • Se explicaron los posibles cambios que puede ocasionar una separación familiar en los niños y estrategias que se pueden implementar para minimizar este comportamiento.

FIRMA PARTICIPANTE: Saray Pedroza Sajonero

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzón

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	05/ Junio/ 2024
IDENTIFICACION	63465556
NOMBRE COMPLETO	Adriana del Socorro Pepes.
EDAD	49
FECHA DE NACIMIENTO	19/ Marzo/ 1975.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Nueva esperanza.
TELEFONO	3154660619.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Agresion fisica por parte de su hija.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se brinda orientacion sobre los tipos de violencia y rutas de atencion, ademas, de los vinculos familiares.

FIRMA: Adriana Pepes

FIRMA PROFESIONAL: Milady Pinzon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	05/Junio/2024
IDENTIFICACION	1185464431
NOMBRE COMPLETO	Dylan Santiago Martinez.
EDAD	8.
FECHA DE NACIMIENTO	17/Diciembre/2015.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio el prado
TELEFONO	3132784156

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Zoraida Fernandez Vargas.
PARENTESCO	Abuela.
TELEFONO	3132784156.
DIRECCION	Barrio el prado.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Caida en bicicleta que le ocasiono una herida en la cadera.

COMPROMISOS Y ACCIONES
• Se brindo información sobre la importancia de seguir las recomendaciones brindadas por los profesionales de la salud.

FIRMA: _____

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Armijo

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	05/Junio/2024
IDENTIFICACION	1042216073.
NOMBRE COMPLETO	Ethan Anola.
EDAD	3
FECHA DE NACIMIENTO	8/Abril/2021
LUGAR DE RESIDENCIA	Nueva esperanza.
TELEFONO	3222316036.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Yarithza Anola Gonzalez.
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3222316036.
DIRECCION	Nueva esperanza.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Caida en moto que le ocasiono fisura en la clavicula.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Continuar asistiendo a los controles y seguimientos medicos.
- Se brindo información sobre los peligros y riesgos a los que pueden estar expuestos los menores, con el fin de crear conciencia sobre los cuidados.

FIRMA: YARITHZA ANZOLA GONZÁLEZ.

FIRMA PROFESIONAL: M. Lesly Pinzón

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	12/Junio/2024
IDENTIFICACION	1082932056.
NOMBRE COMPLETO	Alba Luz León Molina.
EDAD	35.
FECHA DE NACIMIENTO	17/Abril/1989.
LUGAR DE RESIDENCIA	Itaua la Paz.
TELEFONO	3219421983.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Acudio a urgencias por dolor en el utero. (Despues de realizar una fuerza).

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se realizo socialización de los diferentes tipos de violencia y rutas de atención que existen en el municipio.
- Se compromete a solicitar la cita en la ciudad de medellin con especialista en ginecologia,

FIRMA: Alba Luz León Molina

FIRMA PROFESIONAL: Milerky Pimón.

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	04/06/2024.
IDENTIFICACION	21950897
NOMBRE COMPLETO	Karina Martinez Lopez.
EDAD	39
FECHA DE NACIMIENTO	06/05/1985
LUGAR DE RESIDENCIA	Corregimiento San Miguel del Tigre.
TELEFONO	3106921796.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Agresion fisica por parte de la ex pareja

COMPROMISOS Y ACCIONES
• Se brinda informacion sobre los tipos de violencia. • Se dio información sobre las rutas de atención. • Se establece el compromiso de asistir a terapia psicologica.

FIRMA: Karina Martinez

FIRMA PROFESIONAL: Milady Pinzón.

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	28/06/24
IDENTIFICACION	1043194279
NOMBRE COMPLETO	Zoe Damara Lopez Lopez
EDAD	4
FECHA DE NACIMIENTO	29/09/2019.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio las Vegas
TELEFONO	3006623485

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Yerli Ximena Lopez Ramirez.
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3006623485.
DIRECCION	Barrio las Vegas.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Acudio a urgencias por infeccion y flujo vaginal.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se indago sobre el caso, la E.S.E realizo la respectiva remision a comisaria y asu vez la fiscalia.
- Se descarto que la menor haya sido victima de abuso sexual.
- Estan acudiendo atencion psicologica.
- Se brindo informacion sobre la importancia de la higiene y cuidado personal.

FIRMA: Yerli Lopez.

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzon.

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	27/06/24
IDENTIFICACION	1039705123
NOMBRE COMPLETO	Alan Gerart Upegui Restrepo.
EDAD	7
FECHA DE NACIMIENTO	8/ Julio /2016
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio Victoria.
TELEFONO	3175678000

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Angie Carolina Restrepo Aguilar.
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	3175678000
DIRECCION	Barrio Victoria.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Acudio a la E.S.E. HHAP, porque sufrio caida en el colegio, golpeandose la cabeza.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se indago por lo sucedido, el cual, el menor sufrio el accidente en el colegio.
- En la E.S.E HHAP, realizaron la debida atención, en la cual, le tomaron 4 puntos, y le enviaron acetaminofen y crema cicatrizante.

FIRMA PARTICIPANTE: Angie Carolina Restrep.

FIRMA PROFESIONAL: Mildy Pinzón

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	27/06/24
IDENTIFICACION	1005187957
NOMBRE COMPLETO	Gonalo Vanegas Gomez
EDAD	23
FECHA DE NACIMIENTO	03/10/2000
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio la esperanza
TELEFONO	3013745496.

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	
PARENTESCO	
TELEFONO	
DIRECCION	

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES

Acudio a la E.S.E.H.H.A.G. por agresión fisica.

COMPROMISOS Y ACCIONES

- Se indago sobre el caso y acciones realizadas.
- Se brindo información sobre la importancia de resolucion de conflictos, ademas, de las rutas de atención del municipio.

FIRMA PARTICIPANTE: _____

FIRMA PROFESIONAL: Mileidy Pinzon

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	27/06/24.
IDENTIFICACION	6914605
NOMBRE COMPLETO	Yamari Yulieth Gonzalez Molina.
EDAD	13
FECHA DE NACIMIENTO	07/Septiembre/2010
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio 25 de enero.
TELEFONO	

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Yolibeth Coromoto Molina
PARENTESCO	Madre.
TELEFONO	
DIRECCION	Barrio 25 de enero

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Ingirio alcohol antiseptico que se encontraba en la nevera.

COMPROMISOS Y ACCIONES
• Se indago sobre el caso. • Se estableció el compromiso de asistir a consulta psicologica enviada por la E.S.E. H.H.A.G.

FIRMA PARTICIPANTE: yamari Gonzalez

FIRMA PROFESIONAL: Mirady Pinzón

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO DE SEGUIMIENTO A CASOS REPORTADOS

DATOS GENERALES:

FECHA	27/06/2024
IDENTIFICACION	1042213834.
NOMBRE COMPLETO	Shayra Valeria Barrios Cristancho.
EDAD	10
FECHA DE NACIMIENTO	10/Mayo/2014.
LUGAR DE RESIDENCIA	Barrio el progreso.
TELEFONO	

DATOS DE CONTACTO	
NOMBRE COMPLETO	Blanca Elena Mejia Diaz
PARENTESCO	Abuela.
TELEFONO	
DIRECCION	Barrio el progreso.

CASO REPORTADO A LAS ENTIDADES COMPETENTES
Caida de la menor que ocasiona fisura en el brazo derecho.

COMPROMISOS Y ACCIONES
• Iniciar con las terapias para movilidad en el brazo. (En vacaciones del colegio, ya que, no las han autorizado la EPS). • Se reforzo a la familia los cuidados y precauciones con los niños.

FIRMA PARTICIPANTE: Shayra Valeria - Blanca Elena Mejia.

FIRMA PROFESIONAL: Milady Pinzon.

Municipio de Turbaco Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código	FR-GAC-GNA001 V 01.0
Fecha de Aprobación	21/03/2024
Versión	1
Página	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de genero y abuso sexual

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Miledy Pinzon - Psicologa

FECHA: 4/5/12/17/18/19/24/28/Junio/2024

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

Ord	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Sharra Valeria Barros		X	10	1042213834							X	Progreso		estudiante.	3137980697		Sharra Valeria
2	Yaimara Yuleth Molina		X	13	6914605							X	25 de enero		estudiante.	3001899544		Yaimara
3	Alan Gerart Upegui	X		7	1039705123							X	Victoria		estudiante.	3175678000		Carolina R.
4	Gonzalo Banegas Gomez	X		23	1005187957							X	Esperanza		estudiante	3013745496	30 Gonzalo@gmail	
5	Zoe Daviana Lopez Lopez		X	4	1043194279		X						Las Vegas		Infante	3006623485.		Yesi Lopez
6	Karina Martinez Lopez		X	39	21950897		X						San miguel del viajre.		Ama de casa.	3106921796		Karina Martinez
7	Adriana del Socorro Yepes L		X	49	63465556		X						Nueva esperanza		Independiente	3143123280		Adriana Yepes
8	Adriana Estrada	X		3	1042216073							X	Nueva esperanza		Infante	3222316036		Yesenia Arrieta
9	Ethan Anda	X		8	1185464431							X	Prado.		estudiante.	3132784156		Yoaida Fernandez
10	Dylan Santiago Martinez M	X		8	1082932056		X						La Paz		Oficios Varios	3219621983		Yesi Lopez
11	Alba Ln Leon Molina		X	35	1065243718							X	Progreso		Ama de casa	3174960043		Lilian Tapias
12	Lilian Estrada Tapias Estrada		X	31	1042212812		X						La Paz		estudiante	3153015943		Jasay Pedroso
13	Saray Pedroso Sajonero		X	12	1096802727		X						Villamaria		estudiante	3197243635		Jhoan Sebastian
14	Jhoan Sebastian Ortiz	X		17	1097194281		X						Villamaria		estudiante	3213756119		Matias M.
15	Matias Muñoz Gomez	X		13	1001815951							X	25 de enero		Ayudar papas trabaja	3126687379		Susana N
16	Gloria Susana Muñoz Cadavid		X	21	1042213113							X	25 de enero		estudiante	3158100293		Matias Dennis
17	Andrey Matias Ramirez Patiño	X		11	1042216636							X	La Paz		Infante	3175308010		Yoya Riano
18	Emmanuel Bravo Riano	X		9m	37580588							X	25 de enero		Independiente	3046427317.		Mary Isabel Montilla
19	Mary Isabel Montilla Marero		X	39	1042215731							X	Gaitan		Infante.	3153902814		Neymar Hoyos
20	Liat Maite Flores Mendez		X	4	6345931		X						Paraiso		Independiente	3217260756		Maria E Yepes
21	Maria Eugenia Yepes		X	53	1096227023								Gaitan		estudiante	3118422671		Marian Andrea
22	Marlon Andres Agudelo Marquez	X		12	1042214376							X	Villamaria		Ama de casa	3126527413		Wendelyn
23	Wendy Vanesa Fayardo		X	27	43102374		X						Victoria		Ama de casa	3015313932		
24	Meingori Atlebarba		X	48	1001814779		X						Jose Domingo		Call center	3014148942.		Laura Ventet
25	Ruth Ventez Diaz		X	21	1096216858							X	23 de Julio		estudiante	3207641390		Emmanuel Tovar Morales
26	A Tovar Morales	X		13														

1. Atención de discapacidad, 2. Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4. Mujeres en gestación, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidad LGTBIQ, 7. No pertenece a ninguna de las anteriores.

Nombre Secretaría de Planeación TIC y Desarrollo Territorial

Nombre Secretaría Gestión y de Talento Humano

Diana

*** FORMATO CONTROLADO NO MANUSCRITO DE ORIGEN ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PR-GAC-DAM-08 906
Fecha de Aprobación:	21/03/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Realizar visitas casa a casa a casos reportados como violencia intrafamiliar, de genero y abuso sexual.
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Mileidy Pinzon – Psicologa.
FECHA:	19-20 de Junio/2024
DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 003-2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Yesenia Castrillon Nuñez		X	32	1096215555							X	Central		Ingeniera	3008344598		Yesenia Castrillón N.
2	Yudaris Cardines Aranda M		X	30	6066716							X	Brisas		Ama de casa	3044413069		Flavita
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.384-7

DIMENSION CONVIVENCIA SOCIAL Y SALUD MENTAL

TEMA O ACTIVIDAD:

Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general.

LUGAR:

Centro vida "Canitas sabias", Vereda San Luis Beltrán, Mega colegio, Vereda caño negro, Corregimiento San Miguel del tigre, Kilometro 5.

POBLACION:

Comunidad en general de Yondó Antioquia.

RESPONSABLE:

Mileidy Rodriguez Pinzón – Psicóloga

OBJETIVO GENERAL

Brindar atención mediante el centro de escucha a la comunidad general, con fin, de identificar factores de riesgos y promover una sana salud mental a la población.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Atender a la población en general.
- ✓ Identificar factores de riesgo o alerta.
- ✓ Intervenir adecuadamente las problemáticas.

CONVOCATORIA

Se ha desarrollado la actividad vinculándose en las jornadas de atención integral desarrolladas por la E.S.E Hospital Héctor Abad Gómez, utilizando la estrategia para impactar a la cantidad de la población.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

La actividad se desarrolla en las diferentes actividades que se logró la vinculación, ofreciendo un espacio adecuado para la atención a la población que desea participar. Adicionalmente, por medio, de difusión de imagen informativa y presentación de ofertas de servicios en dichas jornadas. Para la intervención con la comunidad se diligenciaron los formatos correspondientes como consentimiento información, formato de atención y lista de asistencia. Se brindo un acompañamiento pertinente a la comunidad de acuerdo a las necesidades personales.

RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ Se realizo atención en el área urbana y rural.
- ✓ Se intervino adecuadamente las problemáticas personales, brindándoles estrategias que aporten a su conocimiento y herramientas para sobrellevarlas.

INDICADOR

Total, Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general.	Número, Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general, realizados.	Número, Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general, pendientes
200	83	118
100%	40%	60%



ANÁLISIS

De la cantidad total de la actividad de Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general se debían realizar "200" (correspondiente al 100%), el cual, se han ejecutado al mes de junio 83 atenciones, lo que indica que está pendiente el 58,5 % para desarrollar en su totalidad.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

INFORME CUANTITATIVO

LUGAR	CANTIDAD
Centro vida "Canitas sabias", Vereda San Luis Beltrán, Mega colegio, Vereda caño negro, Corregimiento San Miguel del tigre, Kilometro 5.	83 personas
TOTAL	**83 personas**

CONDICION	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	1 personas
Victima	32 personas
Negritudes/Afrodescendientes	2 personas
Mujeres en gestación	2 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	46 personas
TOTAL	**83 personas**

GENERO	CANTIDAD
Hombre	4 personas
Mujer	79 personas
TOTAL	**83 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	35 personas
27-50 AÑOS	41 personas
Mayor de 50 AÑOS	7 personas
Total	**83 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	51 personas
Rural	32 personas
TOTAL	**83 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



Mileidy Pinzón

MILEIDY RODRIGUEZ PINZON
Psicóloga

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Alejandra Hernandez Mora identificado con documento Cedula número 1018222257 de Santa Rosa de Osos manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pùblica y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

Alejandra H M.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1018222257							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Alejandra Hernandez Mora.								
	14	12	2003										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Calle 55 Cra 51 #51-05			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Central						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
			X										
Correo electrónico	ultimacopa00@gmail.com				Celular	3046752424							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
			X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		C13										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Orientación sobre el proyecto de vida y estado emocional.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Alejandra Hernandez Mora		
Documento	C.C: 1018222257	Parentesco	
Correo	ultimacopa00@gmail.com	Celular	3046752424

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024.

LUGAR: Centro vida.

Yo, Yormain Jiménez Guerra identificado con documento CC número 1042214063 de Yondó manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1042214063						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Yormary Jimenez							
	24	12	1996.									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
	X								X			
Dirección	G55a #54-46			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		Gaitan.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
			X									
Correo electrónico					Celular	3155078741						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
			X									
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		B2									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda orientación sobre pautas de crianza y limites en el hogar.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yormary Jimenez.		
Documento	C.C. 1042214063	Parentesco	
Correo		Celular	3155078741

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo. Albeiro Navarro identificado con documento Cedula número 1042210281 de Yondó manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Ramón

FIRMA PARTICIPANTE:

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042210281							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Albeiro Navarro								
	29	09	1984										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X							X					
Dirección	Cll 44 #40-78			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Brisas.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico					Celular	3148570626							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A1										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro Vida.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL											
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024					
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	
Anotación	Cuidado de la Salud mental y desarrollo de la habilidad Social.										
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información				
	Recomendación										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Albeiro Navarro		
Documento	CC 1042210281	Parentesco	
Correo		Celular	3148570626

918

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Griselda Sierra Diaz identificado con documento Cedula número 30700083014 de Simiti Bolivar manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Anaya

FIRMA PARTICIPANTE:

Griselda

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			3070083014							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Griselda Sierra Diaz.								
	05	04	1952										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
				X					X				
Dirección	Lote No. 074			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Nueva esperanza						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
						X							
Correo electrónico					Celular	3188293798.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A4										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Fortalecimiento de los vinculos afectivos y redes de apoyo.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Griselda Sierra Diaz.		
Documento	C.C. 3070083014	Parentesco	
Correo		Celular	3188293798.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024.

LUGAR: Centro vida.

Yo, María Ruth Castaño. identificado con documento Cedula número 21950748 de Yondó manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Anión.

FIRMA PARTICIPANTE:

MaríaRC

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.854-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			21950748							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	María Ruth Cartaño.								
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
					X				X				
Dirección	Vereda San Luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San Luis.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3188293798.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A4										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Información para acceder al sistema de salud en el municipio.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	María Ruth Cartaño.		
Documento	C.C 21950748.	Parentesco	
Correo		Celular	3188293798.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, María Elisabeth Segura identificado con documento cedula número 21928911 de Puerto Berrio. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicologia. De igual manera, manifiesto que accedi voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leido y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			21928911							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Maria Elizabeth Segura.								
	24	10	1955.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda la Rincanada			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Rincanada.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3125170947							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B1										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida
Conocimiento	Voz a Voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Orientacion sobre cuidado personal y bienestar emocional.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Maria Elizabeth Segura.		
Documento	C.C. 21928911	Parentesco	
Correo		Celular	3125170947.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Eliza Maria Anas Carvallido identificado con documento Cedula número 1005185988 de Yondó manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

Elisa MARIA

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1005185888							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Eliza Maria Arias Carvallido.								
	29	04	2003										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Vereda Puerto los Mangos.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Pt Mangos.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3144215612.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
		X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro Vida.
Conocimiento	Voz a Voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Orientación para iniciar un embarazo saludable.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Eliza Maria Arias Carvallido		
Documento	1005185888	Parentesco	
Correo		Celular	3144215612.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Karen Yalile Ayala Rodriguez identificado con documento cedula número 1042214850 de Yondo. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pirón

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042214850							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Karen Ariza								
	03	12	1998										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Barrio 23 de Julio.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		23 de Julio						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico					Celular	302 367 2930							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B 4										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Tipos de violencia a los que pueden estar expuestas las personas.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Karen Ariza		
Documento	1042214850	Parentesco	
Correo		Celular	3023672930.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro Vida

Yo, Karen Vergara identificado con documento cedula número 1039702053 de Pto Berrio manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinian

FIRMA PARTICIPANTE:

Karen Vergara

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1039702053						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Karen Vergara.							
	24	10	1995									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
			X						X			
Dirección	Barrio 23 de Julio			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		23 de Julio.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
			X									
Correo electrónico	Jhmyjan821@gmail.com.				Celular	3204696153						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
		X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
		X										
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		B4.									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2014						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Tipos de rutas de atención del municipio.											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X				
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Karen Vergara.		
Documento	C.C. 1039702053.	Parentesco	
Correo	JKmyjan 821 @ gmail.com	Celular	320 4696153

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Gloria del Carmen Peñate Guzman identificado con documento cedula número 21949524 de Yondó manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

Gloria delcarmen peñate G

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			21949524							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Gloria del Carmen Peñate Barron								
	03	04	1962										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Cr 46 #54-91			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Progreso.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3133103220							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		C7										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro Vida.
Conocimiento	Voz a Voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Habitos de vida Saludable para su edad.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Gloria del Carmen Peñate Barron		
Documento	CC. 21949524	Parentesco	
Correo		Celular	3133103220

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Nubia del Socorro Villa Suarez. identificado con documento Cedula número 37917726 de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pimón

FIRMA PARTICIPANTE:

Nubia Villa

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.554-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			37917726							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Nubia del Socorro Villa Suarez								
	23	11	1956										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Vereda Kilometro 3			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Kilometro 3						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
						X							
Correo electrónico					Celular	3158811241							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A3.										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Relaciones familiares y fortalecimiento de reder de apoyo.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Nubia del Socorro Villa Suarez		
Documento	37917726	Parentesco	
Correo		Celular	3158811241

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 31/05/2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Leonor Lozano Criado identificado con documento Cedula número 37 927 155 de Barranquilla manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Arcon

FIRMA PARTICIPANTE:

Leonor Lozano.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.554-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			x			37927155							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Leonor Lozano								
	09	06	1958										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda remolino.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						x	Remolino.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3168113834							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indigena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna								
					X								
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
			X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A4										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro Vida
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	31	Mes	05	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	x			
Anotación	Solicita información sobre el fortalecimiento de las redes de apoyo familiares.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	x					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Leonor Lozano		
Documento	37927155.	Parentesco	
Correo		Celular	3168113834

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

936

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02-Junio-2024

LUGAR: Vereda San luis Beltran

Yo, Diana Baquero identificado con documento Cedula número 52770536 de Bogota manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

Diana Baquero

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			52770536							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Diana Vaquero								
	06	07	1976										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda San Luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San Luis						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3104599881							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B2										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San Luis Beltran
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda orientación sobre pautas de crianza y cuidados en el hogar.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Diana Baquero		
Documento	C.C. 52770536	Parentesco	
Correo		Celular	3104599881

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02 - Junio - 2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran.

Yo, Noemi Castillo Rangel identificado con documento Cedula. número 1°042213959 de Yondo (A) manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Noemi Castillo R.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042213959							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Naemi Castillo Rangel								
	6	06	1996										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X											
Dirección	Vereda San luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						x	San luis						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico	castillorangelnaemi@gmail.com				Celular	3166213646.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna								
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A4.										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San luis Beltran.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	2	Mes	06	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre inteligencia emocional y la influencia que tiene en la vida.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Naemi Castillo Rangel		
Documento	C.C. 1042213959	Parentesco	
Correo	Castillorangelnaemi@gmail.com.	Celular	3166213646.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.584-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 07 - Junio - 2024

LUGAR: Centro vida

Yo, Luisa Marica Sema Hernandez identificado con documento Cedula número 1039701103 de Puebo Berna. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milendy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Luisa Sema

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1039701103						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Luisa Maria Serna Hernandez.							
	18	01	1995									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	la tapita lote 1			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	la tapita					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
		X										
Correo electrónico					Celular	3187824899						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		A4									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	07	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda orientación sobre señales de alerta en los niños y la importancia de un diagnostico a temprana edad.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Luisa Maria Serna		
Documento	1039701103.	Parentesco	
Correo		Celular	3187824899.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 07/Junio/2024.

LUGAR: Centro vida.

Yo, Sofia Ardila Rueda identificado con documento Cedula número 1042215054 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicologia. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Sofia Ardila Rueda

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.864-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1042215054						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Sofia Ardila Rueda							
	07	05	1999									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Lote 32			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		Palmitas.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
			X									
Correo electrónico					Celular	3188322750.						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
						Coosalud						
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		B7									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Centro vida
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	07	Mes	Junio	Año	2024.						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Se brinda informacion sobre pautas de crianza, vinculos afectivos											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X				
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Sofia Ardila Rueda		
Documento	1042215054	Parentesco	
Correo		Celular	3188322750

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02-Junio-2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran.

Yo, Juan Carlos Lerma Quintana. identificado con documento Cedula número 1042211482 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Arrión.

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042211482							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Juan Carlos Lerma Quintana								
	5	05	1989										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X						X					
Dirección	Vereda San Luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San Luis.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
				X									
Correo electrónico					Celular	3227112642.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B6										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San Luis Beltran.
Conocimiento	Voz a Voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Pautas de crianza, para ejercer una crianza respetuosa.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Juan Carlos Lerma Quintana.		
Documento	C.C. 1042211482	Parentesco	
Correo		Celular	3227112642.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02 - Junio - 2024.

LUGAR: Vereda San Luis Beltran

Yo, Erika geni [illegible] identificado con documento cedula número 1096192001 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 890.014.854-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1096192001						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Erika Geni							
	13	11	1995									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Vereda San luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	San luis.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
				X								
Correo electrónico	geniruera erikajulieth@gmail.com				Celular	3184623669						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
		X										
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		A1									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San luis Beltran.
Conocimiento	Perfoneo.

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024.						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Recomendaciones de habitos saludables que influyan a nuestro bienestar y salud mental											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información					
	Recomendación	X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Erika geni.		
Documento	C.C. 1096192001	Parentesco	
Correo	geniruera erika julieth @ gmail.com	Celular	3184623669.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02-Junio-2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran

Yo, Daniela Ruiz Gaona identificado con documento Cedula número 1005179296 de Yondó Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzon.

FIRMA PARTICIPANTE:

Daniela Ruiz

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1005179296						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Daniela Ruiz Geni.							
	18	04	1999									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
	X								X			
Dirección	Vereda San Luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	San Luis					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
		X										
Correo electrónico					Celular	3006466229						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		A2.									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San Luis Beltran
Conocimiento	U02 a U02

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Pautas para tener una salud mental y sentir bienestar.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Daniela Ruiz Geni		
Documento	C.C. 1005179296.	Parentesco	
Correo		Celular	3006466229

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02 - Junio - 2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran

Yo, Patricia Lorena Quintana. identificado con documento Cedula número 1042240076 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Miledy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042210076.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Patricia lerma Quintana.								
	16	04	2004.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Vereda San luis *Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San luis						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico	patricialerma 04 @ gmail.com.				Celular	3113820319							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B5.										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San luis Beltran.
Conocimiento	Voz a Voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Estrategias para desarrollar la inteligencia emocional.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Patricia lerma Quintana		
Documento	1042210076	Parentesco	
Correo		Celular	3113820319

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02-Junio-2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran.

Yo, Yerson Alexander Sanchez Rivas identificado con documento Cedula. número 1062212961 de Yondo manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicologia. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinon.

FIRMA PARTICIPANTE:

Yerson Sanchez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042212961							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Yeison Alexander Gallardo.								
	12	01	1994										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X							X					
Dirección	Vereda San luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San luis.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico	gallardodimas4@sonalexander@gmail.com				Celular	3015702402.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		D4										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San luis Beltran
Conocimiento	VO2 a VO2

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Sobre como desenvolverse en diferentes entornos sin que las emociones intervengan.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yeison Alexander Gallardo		
Documento	c.c. 1042212961.	Parentesco	
Correo		Celular	3015702402

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02- Junio- 2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran.

Yo, Santiago Flórez Quiroz identificado con documento TI número 1096905501 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Prinón

FIRMA PARTICIPANTE:

Santiago

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
		X				1096805501							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Santiago Florez Duran								
	03	08	2009										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X							X					
Dirección	Vereda San luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San luis.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3142436449							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
		X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San luis Beltran.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda orientación sobre control de impulsos y manejo de emociones.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Mirley Duran.		
Documento	cc. 63433210	Parentesco	Madre.
Correo		Celular	3142436449

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02 - Junio - 2024.

LUGAR: Vereda San Luis Beltran

Yo, Mirley Quiroz identificado con documento Cedula. número 1063433210 de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leido y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Arón

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			63433210							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Mirley Quiroz.								
	19	10	1976.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Vereda San luis Beltran			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	San luis.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico					Celular	3142436449.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
		X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San luis Beltran.
Conocimiento	

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Pautas de crianza.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Mirley Quiroz		
Documento	63433210	Parentesco	
Correo		Celular	3142436449.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 02-Junio-2024.

LUGAR: Vereda San Luis Beltran

Yo, Dilia María Vásquez Moreno identificado con documento Cedula número 39178855 de Medellin manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milenky Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Dilia M. Vásquez M.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			39178855.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Dilia Maria Mosquera.								
	21	11	1983										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Cll 50 #51-16			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Central						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico	Katim211@gmail.com				Celular	3154040578.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
			X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
					X								
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		D5.										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda San Luis Beltran
Conocimiento	Voz a Voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	02	Mes	06	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Manejo de emociones.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Dilia Maria Mosquera.		
Documento	C.C. 39178855.	Parentesco	
Correo	Katim211@gmail.com	Celular	3154040578

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 11/Junio/2024

LUGAR: Caseta Comunal Kilometro 5.

Yo, Nancy Johana Paloma Tovar identificado con documento Cedula número 1001814885 de Yondó manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon.

FIRMA PARTICIPANTE:

Nancy J. Paloma Tovar.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 890.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1001814885							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Nancy Johana Paloma Tovar								
	05	04	1996										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda Kilometro 5.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Kilometro 5.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
			X										
Correo electrónico					Celular	3188722459							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
						Salud Total							
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A1.										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Kilometro 5.
Conocimiento	Voz a Voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia		Mes		Año								
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brindo información sobre la influencia de las emociones en nuestro vivir.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Nancy Johana Paloma Tovar		
Documento	1001814885	Parentesco	
Correo		Celular	3188722459.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.054-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 11/JUNIO/2024

LUGAR: Corela Comunal Kilometro 5.

Yo, Roxana Herrera Alvarez. identificado con documento PPT número *5861604 de Bogota manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinion

FIRMA PARTICIPANTE:

Roxana Herrera

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.864-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro		Numero de documento					
					PPT		5861604					
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Roxana Herrera Alvarez							
	11	11	2000									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Vereda Kilometro 5			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	Kilometro 6.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario		Sin escolaridad					
	X											
Correo electrónico					Celular	3222638847						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		B1.									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Kilometro 5.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	11	Mes	Junio	Año	2024						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Se orienta para implementar una crianza amorosa, basada en el respeto y confianza											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información					
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Roxana Herrera Alvarez		
Documento	5861604	Parentesco	
Correo		Celular	3222638847.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 11/Junio/2024

LUGAR: Caseta Comunal Kilometro 5.

Yo, Jhoana Marcada Carrillo identificado con documento cedula número 1010078455 de Cucuta. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicologia. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimon

FIRMA PARTICIPANTE:

Jhoana marcada.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1010078455							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Jhoana Mercada Carrillo								
	12	06	2000										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda Kilometro 5			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Kilometro 5.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3226449891							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		C4										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Kilometro 5.
Conocimiento	Voz a Voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	11	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Información sobre pautas de crianza.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Jhoana Mercada Carrillo.		
Documento	1010078455.	Parentesco	
Correo		Celular	3226449891.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 11/ Junio/ 2024.

LUGAR: Caseta Comunal Kilometro 5.

Yo, Martha Ofelia Rivera Quinchia. identificado con documento Cedula número 32007138. de San Pablo manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Piman

FIRMA PARTICIPANTE:

Martha Rivera

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			32007138							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Martha Ofelia Rivera Quinchia.								
	27	01	1975.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Barrio el Prado			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Prado.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico					Celular	3208031269							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
						Salud total							
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B6										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Carretera Comunal Kilometro 5.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	11	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información de inteligencia emocional.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Martha Ofelia Rivera Quinchia		
Documento	32007138	Parentesco	
Correo		Celular	3208031269

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 890.014.694-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/Junio/2024.

LUGAR: Caseta Comunal Caño negro.

Yo, Gladys Castillo identificado con documento cedula número 37579187 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimón

FIRMA PARTICIPANTE:

Gladys C

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			37579187							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Gladys Castillo								
	22	07	1984										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Vereda Caño negro			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Caño negro						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3152156289							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A1										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta comunal Caño negro.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre la afectividad en la crianza de los menores												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Gladys Castillo		
Documento	37579187	Parentesco	
Correo		Celular	3152156289

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/ Junio / 2024

LUGAR: Caseta Comunal Caño negro

Yo, Marley Bernal identificado con documento Cedula número 1096196316 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimón

FIRMA PARTICIPANTE:

Marley Bernal

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro		Numero de documento					
			X				1096196316					
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Marley Bernal							
	28	07	1988									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X										
Dirección	Vereda Caño negro			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	Caño negro					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario		Sin escolaridad					
		X										
Correo electrónico					Celular	3165789042						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante		Comunidad indígena					
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna							
					X							
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
		X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		A5.									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Caño negro
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Se brindo información sobre la importancia de los limites en el hogar.											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X				
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Marley Bernal		
Documento	1096196316.	Parentesco	
Correo		Celular	3165789042.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.554-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/Junio/2024

LUGAR: Caseta Comunal Cano negro

Yo, Dabana Padilla identificado con documento Cedula número 1101381267 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pimón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Daviana Padilla

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1101381267							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Dabiana Padilla								
	12	05	2003										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X										
Dirección	Vereda Caño negro			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Caño negro						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3204208711							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A3										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Caño negro.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre la construcción de vinculos familiares.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Dabiana Padilla		
Documento	1101381267	Parentesco	
Correo		Celular	3204208711

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/Junio/2024

LUGAR: Caseta Comunal Caño negro

Yo, María Mireya Usme Hernandez identificado con documento Cedula número 1097084835 de Carmen de Chucuri manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pimón

FIRMA PARTICIPANTE:

María Mireya Usme.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1097084435.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	María Mireya Usme Hernandez								
	24	09	1985										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda Caño negro			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Caño negro						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3208249455.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
						Salud Total							
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A2										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Caño negro
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda orientacion sobre ejercicios de estimulacion temprana.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	María Mireya Usme Hernandez		
Documento	1097084435	Parentesco	
Correo		Celular	3208249455.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.384-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/ junio/ 2024

LUGAR: Caseta Comunal Cabo negro

Yo, Yorlanis Ospina Vallejo identificado con documento Cedula número 1003089038 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

Yorlanis Ospina V.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 890 014 884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1003089038							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Yorlanis Ospino Vallejo.								
	31	07	1994										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
									X				
Dirección	Vereda Caño negro			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Caño negro						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3115786658							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad Indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B3										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal Caño negro
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brindaron estrategias de pautas de crianza y limites en el hogar.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yorlanis Ospino Vallejo		
Documento	1003089038.	Parentesco	
Correo		Celular	3115786658

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12 / Junio / 2024

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre

Yo, Jessica Paola Arrieta identificado con documento Cedula número 1042211468 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042211468							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Jessica Paola Amariz								
	07	12	1985.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Corregimiento San Miguel del Tigre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Tigre						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
				X									
Correo electrónico					Celular	3116786122							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
			X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B3										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brindaron estrategias de alimentacion Saludable.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Jessica Paola Amariz		
Documento	1042211468	Parentesco	
Correo		Celular	3116786122

980

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/Junio/2024

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre.

Yo, Jennifer Campuzan identificado con documento Cedula número 1096226150 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1096226150						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Jennifer Campuzan.							
	22	12	1993									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Corregimiento San Miguel del tigre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	Tigre					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
			X									
Correo electrónico					Celular	3107976903						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		C1									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Se oriento sobre la importancia del tiempo de calidad como familia.											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información					
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Jennifer Campuzan		
Documento	1096226150.	Parentesco	
Correo		Celular	3107976903

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

982

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12 / Junio / 2024.

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre

Yo, Mildred Ballesteros identificado con documento cedula. número 1042214277 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

Mildred Ballesteros

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 890.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042214277							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Mildred Ballesteros.								
	30	05	1997										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Barrio Progreso			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Progreso						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
			X										
Correo electrónico					Celular	3042412592.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		C6										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brindaron estrategias para generar vinculos con otras personas.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información						
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Mildred Ballesteros		
Documento	1042214277	Parentesco	
Correo		Celular	3042412592.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12 / Junio / 2024.

LUGAR: Caseta Comunal San miguel del tigre.

Yo, Amanda Cañas. identificado con documento cedula número 28488296 de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

Amanda C.T

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.864-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			28488296.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Amanda Cañas								
	23	10	1981										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Corregimiento San miguel del Tigre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Tigre.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3213154665.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
					X								
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A3										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del tigre
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre los cambios de los niños a medida que van creciendo.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Amanda Cañas		
Documento	28488296	Parentesco	
Correo		Celular	3213154665

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/ Junio /2024

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre

Yo, María Concepción Castro Quintana identificado con documento cedula número 60 321822 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

María Castro Quintana

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			60321822						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	María Concepcion Castro Quintana.							
	08	12	1964									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Corregimiento San Miguel del Tigre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	San miguel del tigre					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
	X											
Correo electrónico					Celular	3102813710						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
			X									
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
		X										
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		A6									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre la responsabilidad en el hogar de todos los miembros.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	María Concepcion Castro Quintana		
Documento	60321822	Parentesco	
Correo		Celular	3102813710

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/ Junio/2024.

LUGAR: Corregimiento San Miguel del tigre

Yo, Diana Galvis identificado con documento cedula número 30231383. de Manatee Colombia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milerly Pinaori

FIRMA PARTICIPANTE:

Diana Galvis

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.554-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			30231383							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Diana Galvis.								
	03	04	1981										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X											
Dirección				Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3128036334							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		A5										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre la implementación de limites en la crianza.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Diana Galvis		
Documento	30231383	Parentesco	
Correo		Celular	3128036334

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/Junio/2024

LUGAR: Corregimiento San miguel del tigre

Yo, Karen Lorena Lopez Herrera identificado con documento Cedula número 1001815490 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

Karen Lopez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1001815490							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Karen Lorena Lopez Herrera								
	05	03	1997										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Corregimiento San Miguel del Tigre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Tigre.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3125648883							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B3										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brindaron estrategias para una crianza amorosa y positiva, para así, fortalecer vinculos.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Karen Lorena Lopez Herrera		
Documento	1001815490	Parentesco	
Correo		Celular	3125648883

492

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/ Junio / 2024

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre

Yo, Dana alejandra Suarez identificado con documento cedula número 1042210161 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milerdy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

Dana Suarez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1042210161						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Dana Alejandra Suarez							
	25	07	2004									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
	X											
Dirección	Corregimento San Miguel del tigre.		Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X	San Miguel del tigre						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
			X									
Correo electrónico					Celular	3046841125.						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
			X									
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
		X										
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		B1.									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimento San Miguel del tigre.
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Se brinda orientación para implementar una alimentacion Saludable y amorosa a los menores.											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación	X	Cita		Información					
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Dana Alejandra Suarez		
Documento	1042210161	Parentesco	
Correo		Celular	3046841125.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/Junio/2024

LUGAR: Casata Comunal Caño negro

Yo. Alba Marina Echeverria Carpio identificado con documento Cedula número 1042712860 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

ALBA ECHEVERRIA

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.894-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1042212860						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Alba Marina Echeverria Carpio							
	25	03	1993									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X										
Dirección	Vereda Caño negro			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	Caño negro					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
		X										
Correo electrónico					Celular	3184270255						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indigena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
		X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									
Sisbén	Si	No	Nivel									
	X		B4									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta comunal caño negro
Conocimiento	Voz a voz

ATENCIÓN INICIAL												
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024						
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X		
Anotación	Se brindo informacion sobre manejo emocional en los niños.											
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X				
	Recomendación											

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Alba Marina Echeverria Carpio		
Documento	1042212860	Parentesco	
Correo		Celular	3184270255

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12 / Junio / 2024

LUGAR: Caseta Comunal Caño negro

Yo, Nayelhy Alexandra Hinestroza R. identificado con documento Cedula número 1039683145 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

Alexandra Rodriguez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1039683145							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Nayelhy Alexandra Hinestroza Rodriguez								
	24	12	2005										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Corregimiento San miguel del Tigre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Tigre						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	3167699227							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B1										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha comunal Caño negro.
Conocimiento	Voz a voz.

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se brinda información sobre el proceso de crecimiento de los niños y crianza positiva												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Nayelhy Alexandra Hinestroza Rodriguez		
Documento	1039683145.	Parentesco	
Correo		Celular	3167699227.

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/ Junio/2024

LUGAR: Barrio 3 de Octubre

Yo, Danis Ortega Saavedra identificado con documento Cedula número 1042211908 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicologia. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

De forma expresa manifiesto que he leído y comprendido la información, por lo que, en constancia firmo y acepto su contenido. Finalmente, manifiesto que la profesional encargada de la estrategia me ha aclarado las dudas que me han surgido de mi participación voluntaria en el centro de escucha.

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pimon

FIRMA PARTICIPANTE:

Danis Ortega. S

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMATO CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042211908							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Danis Ortega Saavedra.								
	15	05	1989										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Barrio 25 de enero.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		25 de enero						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3206403585							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
Sisbén	Si	No	Nivel										
	X		B4.										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Barrio 3 de Octubre
Conocimiento	Voz a Voz

ATENCIÓN INICIAL													
Fecha	Dia	12	Mes	Junio	Año	2024							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X			
Anotación	Se dio información sobre la importancia de las muestras de afecto en la pareja.												
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Cita		Información	X					
	Recomendación												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Danis Ortega Saavedra		
Documento	1042211908	Parentesco	
Correo		Celular	3206403585.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

DIMENSIÓN TRANSVERSAL GESTIÓN DIFERENCIAL DE POBLACIONES VULNERABLES

TEMA:

Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención.

LUGAR:

Vereda San Luis Beltrán e I.E.L.E.D (Megacolegio)

POBLACIÓN:

Comunidad en general de Yondó- Antioquia

RESPONSABLE:

Equipo interdisciplinario PIC.

OBJETIVOS GENERAL

Brindar una jornada de atención integral en salud a la comunidad de la vereda San Luis Beltrán, aprovechando el Festival del Campesino, para mejorar el acceso a servicios de salud, promover la educación en prevención y salud, y canalizar a los habitantes hacia programas de promoción y prevención de la ESE Héctor Abad Gómez

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar valoración general y detectar factores de riesgo en la población mediante la atención integral
- ✓ Educación en salud que permita a los participantes prevenir las enfermedades, controlar los riesgos para la salud mejorando los hábitos de vida.
- ✓ Ofrecer recomendaciones nutricionales personalizadas para mejorar la salud cardiovascular y general.
- ✓ Proporcionar recomendaciones odontológicas basadas en los hallazgos para promover la salud bucal
- ✓ Canalizar a los participantes hacia programas de promoción y prevención de la ESE Héctor Abad Gómez

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

FORMA DE CONVOCATORIA:

Se realizo vinculación a través de oficio dirigido a los diferentes actores sociales, para la actividad en el área urbana se hizo articulación con el ejército nacional del magdalena medio con el fin de desarrollar la jornada de atención, donde las dos partes gestionaron personal profesional para brindar a la comunidad servicios de diferentes modalidades en pro al bienestar y a la preservación de la salud; se realizó un volante informativo sobre los servicios, fecha y hora de la actividad, éste se difundió por los diferentes medios de comunicación del municipio y redes sociales del equipo interdisciplinar, además, el ejército nacional emitió por la emisora del magdalena medio sobre la ejecución de actividad y el método voz a voz.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En la vereda San Luis Beltrán se llevó a cabo el día 2 de junio en el marco del Festival del Campesino, aprovechando esta festividad para ofrecer diversos servicios de salud a la comunidad. La jornada de atención integral contó con la presencia de varios profesionales de la salud, incluyendo nutricionista, médico general, psicólogo, auxiliares de enfermeria, enfermera y odontólogo. Se brindaron servicios esenciales como citologías y canalización a programas de promoción y prevención, además de vacunación, charlas educativas, afiliaciones en salud y trámites de portabilidad.

Cada profesional se presentó ante la comunidad y explicó las ofertas institucionales disponibles. Los servicios de odontología incluían la valoración dental, limpieza de la cavidad oral y recomendaciones basadas en los hallazgos. El médico general se encargó de la valoración general, evaluando signos vitales, detección de factores de riesgo y la formulación de medicamentos en caso de ser necesario. El nutricionista evaluó el riesgo cardiovascular mediante la valoración de la talla, peso, perimetro abdominal y una entrevista sobre los hábitos de vida del paciente, brindo educación nutricional de acuerdo al nivel de riesgo del paciente.

Las auxiliares de enfermería desempeñaron un papel fundamental, captando pacientes para los diversos programas de la ESE Héctor Abad Gómez y ofreciendo el servicio de citología a mujeres mayores de 25 años. Además, se habilitó un centro de escucha a cargo de la psicóloga, proporcionando un espacio seguro para que las personas pudieran hablar sobre sus problemas o simplemente buscar apoyo emocional y orientación psicológica.

Se conto con el servicio de afiliaciones, donde tuvo participación la secretaria de salud, facilitando la afiliación a servicios de salud y asesoría en trámites de portabilidad para los asistentes.

Esta jornada de atención integral no solo facilitó el acceso a servicios de salud vitales, sino que también promovió la educación y prevención, mejorando así la calidad de vida de los habitantes de la vereda San Luis Beltrán.

DESCRIPCION DE ACTIVIDAD EN EL AREA URBANA (MEGACOLEGIO)

El día 22 de junio, se llevó a cabo una jornada de atención integral en el Megacolegio de la Institución Educativa Luis Eduardo Diaz. Esta ubicación fue elegida debido a problemas de alcantarillado en el lugar originalmente destinado para la actividad. La jornada inició a las 8:30 de la mañana, con la participación de diversos profesionales de la Universidad Santo Tomas de Bucaramanga en articulación con el ejército nacional y el Hospital Héctor Abad Gómez, quienes ofrecieron valoraciones en distintas especialidades como medicina general, pediatría y ginecología, nutricionista, psicología, vacunación. También participaron odontólogos, fisioterapeuta, estilistas, barberos, manicurista, etc.

El personal de la Secretaría de Salud estuvo presente realizando afiliaciones y trámites de portabilidad. La psicóloga brindó atención para prevenir enfermedades de salud mental en un espacio seguro y propicio para la expresión de preocupaciones. Un nutricionista realizó valoraciones para la detección temprana de riesgo cardiovascular, tomó medidas antropométricas y ofreció educación en salud para la prevención y control de enfermedades crónicas.

Los médicos generales realizaron valoración integral, valorando la salud auditiva, visual, circulatoria, detección y atención temprana de riesgos en la salud. Ofrecieron medicamentos para manejo del dolor, antibióticos según las necesidades encontradas en la comunidad.

Se contaron con la participación de nueve odontólogos que brindaron el servicio de higiene oral, extracción de dientes, retiro de muelas y calzas de dientes según el caso. La jornada también incluyó servicios de vacunación, cubriendo el esquema tradicional, promoción de la vacuna contra el virus del papiloma humano y la vacuna contra la influenza para mayores de 60 años, etc. En el área de fisioterapia, se realizaron masajes antiestrés y se promocionaron los servicios del Hospital Héctor Abad Gómez.

La ginecóloga realizó consultas y se ofrecieron citologías gratuitas a mujeres mayores de 25 años que cumplieran con los criterios de aplicación. Además, se contó con servicios de estética, como manicure, peinados, cortes de cabello y diseño de cejas y pestañas. Para entretenimiento de los participantes, una orquesta animó a la comunidad con música y alegría, mientras los niños disfrutaban de un saltarín en la cancha del Megacolegio. Los asistentes recibieron medicamentos durante las consultas y expresaron un alto nivel de satisfacción con la actividad, calificándola de manera positiva.

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

RESULTADOS Y LOGROS

- ✓ La jornada atendió a una amplia variedad de la comunidad Yondosina, demostrando una participación activa y comprometida de los habitantes
- ✓ Se realizaron valoraciones en medicina general, psicología, nutrición, pediatría y ginecología, atendiendo a múltiples necesidades de salud de la comunidad
- ✓ Las personas manifestaron un alto nivel de satisfacción con la actividad, valorándola positivamente y agradeciendo los servicios recibidos.
- ✓

INDICADOR:

Total de Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención	Numero de Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención realizados	Numero Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención pendientes por realizar
2	2	0
100%	100%	0%



ANÁLISIS

Como se observa en la gráfica, se ejecutaron las dos Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención, dando cumplimiento al 100% de la actividad

INFORME CUANTITATIVO GENERAL

LUGAR	CANTIDAD
MEGACOLEGIO	133 personas
Total	**133 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	40 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	93 personas
Total	**133 personas**

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	49 personas
Mujer	84 personas
Total	**133 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	59 personas
5 a 11 años	21 personas
12 a 26 años	19 personas
27 a 50 años	23 personas
Mayor de 50 años	11 personas
Total	**133 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	133 personas
Rural	0 personas
Total	**133 personas**

INFORME CUANTITATIVO DISCRIMINADO POR ATENCIONES (MÉDICO GENERAL)

LUGAR	CANTIDAD
MEGACOLEGIO	56 personas
Total	**56 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	6 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	50 personas
Total	**56 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	22 personas
Mujer	34 personas
Total	**56 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	55 personas
5 a 11 años	0 personas
12 a 26 años	0 personas
27 a 50 años	1 personas
Mayor de 50 años	0 personas
Total	**56 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	56 personas
Rural	0 personas
Total	**56 personas**

INFORME CUANTITATIVO DISCRIMINADO POR ATENCIONES (ODONTOLOGÍA)

LUGAR	CANTIDAD
MEGACOLEGIO	129 personas
Total	**129 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	1 personas
Victima	32 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	96 personas
Total	**129 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	51 personas
Mujer	78 personas
Total	**129 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	67 personas
5 a 11 años	29 personas
12 a 26 años	19 personas
27 a 50 años	13 personas
Mayor de 50 años	1 personas
Total	**129 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	129 personas
Rural	0 personas
Total	**129 personas**

1200

INFORME CUANTITATIVO DISCRIMINADO POR ATENCIONES (GINECOLOGIA-CITOLOGIA)

LUGAR	CANTIDAD
MEGACOLEGIO	11 personas
Total	**11 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	9 personas
Total	**11 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	0 personas
Mujer	11 personas
Total	**11 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5 a 11 años	1 personas
12 a 26 años	2 personas
27 a 50 años	6 personas
Mayor de 50 años	2 personas
Total	**11 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	11 personas
Rural	0 personas
Total	**11 personas**

(201

INFORME CUANTITATIVO DISCRIMINADO POR ATENCIONES (PSICOLOGIA)

LUGAR	CANTIDAD
MEGACOLEGIO	8 personas
Total	**8 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	1 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	5 personas
Total	**8 personas**

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	0 personas
Mujer	8 personas
Total	**8 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5 a 11 años	0 personas
12 a 26 años	6 personas
27 a 50 años	2 personas
Mayor de 50 años	0 personas
Total	**8 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	8 personas
Rural	0 personas
Total	**8 personas**

1202

INFORME CUANTITATIVO DISCRIMINADO POR ATENCIONES (FISIOTERAPIA)

LUGAR	CANTIDAD
MEGACOLEGIO	10 personas
Total	**10 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	3 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	7 personas
Total	**10 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	3 personas
Mujer	7 personas
Total	**10 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5 a 11 años	0 personas
12 a 26 años	1 personas
27 a 50 años	4 personas
Mayor de 50 años	5 personas
Total	**10 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	10 personas
Rural	0 personas
Total	**10 personas**

1203

INFORME CUANTITATIVO DISCRIMINADO POR ATENCIONES (VACUNACION)

LUGAR	CANTIDAD
MEGACOLEGIO	25 personas
Total	**25 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	4 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	1 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	20 personas
Total	**25 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	4 personas
Mujer	21 personas
Total	**25 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5 a 11 años	0 personas
12 a 26 años	5 personas
27 a 50 años	10 personas
Mayor de 50 años	10 personas
Total	**25 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	7 personas
Rural	18 personas
Total	**25 personas**

1204

INFORME CUANTITATIVO DISCRIMINADO POR ATENCIONES (NUTRICIÓN)

LUGAR	CANTIDAD
MEGACOLEGIO	14 personas
Total	**14 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	12 personas
Total	**14 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	6 personas
Mujer	8 personas
Total	**14 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	9 personas
5 a 11 años	2 personas
12 a 26 años	1 personas
27 a 50 años	1 personas
Mayor de 50 años	1 personas
Total	**14 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	14 personas
Rural	0 personas
Total	**14 personas**

1205

INFORME CUANTITATIVO GENERAL

LUGAR	CANTIDAD
V. SAN LUIS BELTRAN	50 personas
Total	**50 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	8 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	42 personas
Total	50 personas

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	26 personas
Mujer	24 personas
Total	**50 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	1 personas
5 a 11 años	1 personas
12 a 26 años	10 personas
27 a 50 años	17 personas
Mayor de 50 años	21 personas
Total	**50 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	0 personas
Rural	50 persona
Total	**50 personas**

1206

INFORME CUANTITATIVO DISCRIMINADO POR ATENCIONES (ODONTOLOGÍA)

LUGAR	CANTIDAD
V. SAN LUIS BELTRAN	11 personas
Total	**11 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	0 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	11 personas
Total	**11 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	9 personas
Mujer	2 personas
Total	**11 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	3 personas
5 a 11 años	3 personas
12 a 26 años	0 personas
27 a 50 años	1 personas
Mayor de 50 años	4 personas
Total	**11 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	0 personas
Rural	11 persona
Total	**11 personas**

1207

INFORME CUANTITATIVO DISCRIMINADO POR ATENCIONES (PSICOLOGÍA)

LUGAR	CANTIDAD
V. SAN LUIS BELTRAN	10 personas
Total	**10 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	7 personas
Negritudes/Afrodescendientes	1 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	2 personas
Total	**10 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	3 personas
Mujer	7 personas
Total	**10 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5 a 11 años	0 personas
12 a 26 años	3 personas
27 a 50 años	7 personas
Mayor de 50 años	0 personas
Total	**10 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	0 personas
Rural	10 persona
Total	**10 personas**

1208

INFORME CUANTITATIVO DISCRIMINADO POR ATENCIONES (NUTRICION)

LUGAR	CANTIDAD
V. SAN LUIS BELTRAN	11 personas
Total	**11 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	0 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	11 personas
Total	**11 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	7 personas
Mujer	4 personas
Total	**11 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5 a 11 años	0 personas
12 a 26 años	1 personas
27 a 50 años	6 personas
Mayor de 50 años	4 personas
Total	**11 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	0 personas
Rural	11 personas
Total	**11 personas**

1209

INFORME CUANTITATIVO DISCRIMINADO POR ATENCIONES (MÉDICO GENRAL)

LUGAR	CANTIDAD
V. SAN LUIS BELTRAN	19 personas
Total	**19 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	7 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indigenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	12 personas
Total	**19 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	9 personas
Mujer	10 personas
Total	**19 personas**

RANGO DE EDAD	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5 a 11 años	2 personas
12 a 26 años	3 personas
27 a 50 años	7 personas
Mayor de 50 años	7 personas
Total	**19 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	0 personas
Rural	19 persona
Total	**19 personas**

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS (VEREDA SAN LUIS BELTRAN)



Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalvondo.gov.co

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS (AREA URBANA)



Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalvondo.gov.co

E.S.E. HOSPITAL
HECTOR ABAD GOMEZ
NIT. 800.014.884-7









Miledy Pinzón
MILEIDY PINZON
Psicóloga

ALFONSO FAJARDO
Instructor fisico

SAMUEL TORRES
Nutricionista

ANGELICA CUJAR
Enfermera profesional

RAFAEL OSPINO MARMOL
Auxiliar de enfermería

DIANA FAJARDO
Ing. Ambiental

1213

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, 14 junio 2024

Señor (a)
CORPORACION COLIBRI DIVERSO

Asunto: Apoyo y participación en el desarrollo de las actividades del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 003-2024, entre Alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted con el propósito de invitarle a participar y colaborar en la Jornada de Atención Integral en atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas.

A continuación, se describe la actividad a desarrollar según el anexo técnico del PIC convenio 003-2024:

- Jornada de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención.

Se solicita realizar gestión con la participación de la comunidad en esta actividad con el fin de mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

LUGAR: IELED (Sección Primaria)
FECHA: 22 de junio de 2024
HORA: 8:30 am a 3:00 pm (Jornada continua)

Recibí
Tatiana Gloria Sanchez
Recibí 8:30 Pm
18/06/2024

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
ESE Hospital Héctor Abad Gómez

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

Saludable y Competitiva

1214

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

RECIBIDO
PERSONERIA MUNICIPAL
DE YONDO
RECIBIDO 17 JUN 2024

Yondó, 14 junio 2024

Señor (a)
MANUEL JOAQUIN ESQUIVIA MAQUILON
Personero Municipal.

Asunto: Apoyo y participación en el desarrollo de las actividades del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 003-2024, entre Alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted con el propósito de invitarle a participar y colaborar en la Jornada de Atención Integral en atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas.

A continuación, se describe la actividad a desarrollar según el anexo técnico del PIC convenio 003-2024:

- Jornada de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención.

Se solicita realizar gestión con la participación de la comunidad en esta actividad con el fin de mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

LUGAR: IELED (Sección Primaria)
FECHA: 22 de junio de 2024
HORA: 8:30 am a 3:00 pm (Jornada continua)

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
ESE Hospital Héctor Abad Gómez

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

Saludable y Competitiva

1215

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

MUNICIPIO DE YONDO
Gestión Documental
No. Radicado: 00001147
Fecha de radicada: 17 JUN 2024
Hora: 2:29 pm
Nombre:
No. de Anexos: K

Yondó, 14 junio 2024

Señor (a)
ALBEIRO RAMOS
Secretario de Cultura y Turismo.

Asunto: Apoyo y participación en el desarrollo de las actividades del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 003-2024, entre Alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted con el propósito de invitarle a participar y colaborar en la Jornada de Atención Integral en atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas.

A continuación, se describe la actividad a desarrollar según el anexo técnico del PIC convenio 003-2024:

- Jornada de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención.

Se solicita realizar gestión con la participación de la comunidad en esta actividad con el fin de mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

LUGAR: IELED (Sección Primaria)
FECHA: 22 de junio de 2024
HORA: 8:30 am a 3:00 pm (Jornada continua)

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
ESE Hospital Héctor Abad Gómez

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 60 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

Saludable y Competitiva

1216

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

MUNICIPIO DE YONDÓ
Gestión Documental
No. Radicado: 00001147
Fecha de radicado: 17 JUN 2024
Hora: 2:23 pm
Nombre:
No. de Anexos: 4

Yondó, 14 junio 2024

Señor (a)
EDILBERTO PATIÑO ASUERO
Comisaria de Familia.

Asunto: Apoyo y participación en el desarrollo de las actividades del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 003-2024, entre alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted con el propósito de invitarle a participar y colaborar en la Jornada de Atención Integral en atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas.

A continuación, se describe la actividad a desarrollar según el anexo técnico del PIC convenio 003-2024:

- Jornada de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención.

Se solicita realizar gestión con la participación de la comunidad en esta actividad con el fin de mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

LUGAR: IELED (Sección Primaria)
FECHA: 22 de junio de 2024
HORA: 8:30 am a 3:00 pm (Jornada continua)

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
ESE Hospital Héctor Abad Gómez

1217

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

MUNICIPIO DE YONDÓ
Gestión Documental
No. Radicado: 00001147
Fecha de radicado: 17 JUN 2024
Hora: 2:23 pm
Nombre:
Nº. De Anexos:

Yondó, 14 junio 2024

Señor (a)
MARLON ORLANDO MARTINEZ LEON
Secretario de Salud.

Asunto: Apoyo y participación en el desarrollo de las actividades del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 003-2024, entre Alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted con el propósito de invitarle a participar y colaborar en la Jornada de Atención Integral en atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas.

A continuación, se describe la actividad a desarrollar según el anexo técnico del PIC convenio 003-2024:

- Jornada de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención.

Se solicita realizar gestión con la participación de la comunidad en esta actividad con el fin de mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

LUGAR: IELED (Sección Primaria)
FECHA: 22 de junio de 2024
HORA: 8:30 am a 3:00 pm (Jornada continua)

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
ESE Hospital Héctor Abad Gómez

1219

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

MUNICIPIO DE YONDÓ
Gestión Documental

Yondó, 14 junio 2024

00001147 No. Radicado: 001157-no.
Fecha de radicado: 17 JUN 2024
Hora: 2:23 pm
Nombre:
No. de Anexos: X

Señor (a)
EVERALDO SERPA
Secretario de Vivienda.

Asunto: Apoyo y participación en el desarrollo de las actividades del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 003-2024, entre Alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted con el propósito de invitarle a participar y colaborar en la Jornada de Atención Integral en atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas.

A continuación, se describe la actividad a desarrollar según el anexo técnico del PIC convenio 003-2024:

- Jornada de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención.

Se solicita realizar gestión con la participación de la comunidad en esta actividad con el fin de mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

LUGAR: IELED (Sección Primaria)
FECHA: 22 de junio de 2024
HORA: 8:30 am a 3:00 pm (Jornada continua)

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
ESE Hospital Héctor Abad Gómez

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

Saludable y Competitiva

1219

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

MUNICIPIO DE YONDÓ
Gestión Documental
No. Radicado: 00001147
Fecha de radicación: 17 JUN 2024
Hora: 2:23 pm
Nombre:
No. de Anexos: K

Yondó, 14 junio 2024

Señor (a)
ROSA HERLINDA GALENO GALLEGO
Coordinadora del Centro Vida Canitas Sabias.

Asunto: Apoyo y participación en el desarrollo de las actividades del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 003-2024, entre Alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted con el propósito de invitarle a participar y colaborar en la Jornada de Atención Integral en atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas.

A continuación, se describe la actividad a desarrollar según el anexo técnico del PIC convenio 003-2024:

- Jornada de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBI, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención.

Se solicita realizar gestión con la participación de la comunidad en esta actividad con el fin de mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

LUGAR: IELED (Sección Primaria)
FECHA: 22 de junio de 2024
HORA: 8:30 am a 3:00 pm (Jornada continua)

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
ESE Hospital Héctor Abad Gómez

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

Saludable y Competitiva

1220

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

MUNICIPIO DE YONDÓ
Gestión Documental
No. Radicado: 00000998
Fecha de radicación: 24 MAY 2024
Hora: 1:52 pm
Nombre: [illegible]
No. de Anexos: 4

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
NORA ORTEGA
SECRETARIA DE EDUCACIÓN

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

Javier Gamarra C.
JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

1221

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

MUNICIPIO DE YONDÓ
Gestión Documental
No. Radicado: 00000998
Fecha de radicación: 24 MAY 2024
Hora: 1:52 pm
Nombre:
No. de Anexos: 4

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
EDILBERTO PATIÑO AZUERO
COMISARIA DE FAMILIA

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

1222

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
LAURA JANETH BERMUDEZ MENA
SECRETARIA DE GOBIERNO

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indigenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

MUNICIPIO DE YONDÓ
Gestión Documental
No. Radicado 00000998
Fecha de radicación 24 MAY 2024
Hora 1:32 pm
Nombre
Firma

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

Saludable y Competitiva

1223

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

ALCALDÍA DE YONDÓ
Gestión Documental
No. Radicado: 00000998
Fecha de radicación: 24 MAY 2024
Hora: 1:32 pm
Nombre:
Folios:

Señor (s)
VIRGIOLIO ALBEIRO RAMOS ROMERO
Secretario de Deporte, Cultura y Turismo
Alcaldía de yondo

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

1224

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
MANUEL JOAQUIN ESQUIVIA MAQUILÓN
PERSONERO MUNICIPAL DE YONDÓ

RECIBIDO
PERSONERIA MUNICIPAL
RECIBIDO 24 MAY 2024

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

1225

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
OSCAR RUIZ
ASOCUMUNAL

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

24 05 24
7:30 OK

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

1726

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
EVA RODRIGUEZ PEDROZA
DISCAPACITAD
Alcaldía Municipal de Yondo

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, victimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER GAMARRA C

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Recibido Dra. Hoyuen 24/05/2024. 11:35 am.

1227

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
ROSA HERLINDA GALEANO GALLEGO
COORDINADORA DE CENTRO VIDA CANITAS SABIAS

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Rosa Herlinda Galeano G.
Fecha: 24/05/2024
Hora: 11:30 am.

1228

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
MARTINA RODRIGUEZ
GESTORA SOCIAL DEL MUNICIPIO DE YONDO

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

1229

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
LUIS EDUARDO CUJAR RIVERA
COORDINADOR DE MESA DE VICTIMAS
Alcaldía Municipal de Yondo

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Cel 3557895 Jesi

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

1230

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
JUSTINIANO MENA
ACONEY

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, victimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

Recibido
H 3:55 PM
Justiniano Mena M

Carrera 58 No. 46 236 José Domingo Oliveros
Teléfono: 8 32 50 50 – Celular: 313 832 2472
esehectorabadgomez@hospitalyondo.gov.co

1231

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yarumal, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
SAVIA SALUD

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC. Se solicita el apoyo a través de la educación y/o realización de afiliaciones para mejorar el acceso a la salud en la ejecución de la siguiente actividad:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

1732

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yarumal, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
SAVIA SALUD

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC. Se solicita el apoyo a través de la educación y/o realización de afiliaciones para mejorar el acceso a la salud en la ejecución de la siguiente actividad:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

1233

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
YENI HURTADO
ASOCIACIÓN DE MUJERES

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

1234

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
YENI HURTADO
ASOCIACIÓN DE MUJERES

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

1235

E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Yondó, Antioquia 23 de mayo de 2024

Señor (s)
CRISTIAN CAMILO MESA
COLIBRI

Asunto: Apoyo y participación en la actividad del plan intervenciones colectivas convenio 003-2024.

En atención al cumplimiento efectivo de la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del plan de salud Pública de intervenciones colectivas _ PIC.
Se solicita el apoyo para la ejecución del siguiente tema:

- Jornadas de atención integral a las personas en situación de discapacidad, LGTBQ+, indígenas, víctimas de conflicto armado, migrantes y demás poblaciones especiales. que requieran atención.

Se realizará en el área rural

FECHA: 02 de junio
HORA: 8:00 am a 5:00 pm
LUGAR: Vereda San Luis Beltrán (caseta comunal)

La siguiente solicitud se realiza a través de este medio con el objetivo de generar un compromiso de liderazgo y participación de la comunidad entorno a mejorar la salud y calidad de vida. Actividad promovida por ESE-Hospital Héctor Abad Gómez.

Atentamente,

Recibido
24-05-2024.
4:16 pm
Cristian Cmesa B.

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente
Hospital Héctor Abad Gómez

1236

COMUNICADO

Por mantenimiento en el sistema de alcantarillado en la IELED sede la patria, la jornada de atención integral se realizará en el Megacolegio.



Te esperamos

Día: Sábado 22 de junio del 2024
Hora: 08:30 am

ALCALDÍA
DE YONDÓ ANTIOQUIA

1237

JORNADA
DE ATENCIÓN INTEGRAL

ACTIVIDADES Y SERVICIOS

SALUD
- Medicina general.
- Pediatría.
- Ginecología.
- Optometría.
- Vacunación.
- Citología.
- Odontología.
- Psicología.
- Fisioterapia.
- SIAU.
- Nutricionista.
- Captación a planificación familiar y a programas por ciclo vital (PyP).
- Afiliaciones en salud y trámites de portabilidad (Secretaría de Salud).

BELLEZA
- Corte.
- Peinado.
- Maquillaje.
- Manicure.

RECREACIÓN
- Globoflexia.
- Pinturitas.
- Saltarín.
- Trampolín.
- Animación.

ASESORÍA JURÍDICA
- Familia.
- Trabajo.

La Secretaría de Gobierno municipal en articulación con el Ejercito Nacional, invita a la comunidad en general a hacer por parte de esta jornada de atención con multiples servicios totalmente gratuitos.

22 JUNIO **2024**

8:30 am

I. Educativa Luis Eduardo Diaz (Sede La Patria)



SECRETARÍA DE GOBIERNO

E.S.E. HOSPITAL HECTOR ABAD GÓMEZ

1238

Jornada de atención integral

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SERVICIOS:

- Atención médica - odontológica Vacunación.
- Educación en Salud.
- Afiliaciones en salud.
- Nutrición.
- Centro de escucha por psicología.
- Toma de muestras de tuberculosis (solo para sintomáticos respiratorios).

JORNADA:

02 JUNIO **2024**

08:00 am a 5:00 pm

V. San Luis Beltrán

ALCALDÍA DE YONDÓ ANTIOQUIA

E.S.E. HOSPITAL HECTOR ABAD GÓMEZ

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PS-GAC-DAN-01
Fecha de Aprobación:	21/03/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

1239

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atencion integral, zona Urbana.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 002 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC

FECHA: 22 Junio 2024

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Aely Salome Soto		x	5	1042215529							x	BPrado		Infante	3154582673		Jenn.Fer
2	Keyper Madrid Suarez	x		11	1096232931							x	B. Nueva E		Estudiante	3116758696		Consuelo
3	Gerald Matea Mejia.	x		3	1185164786							x	V. Pueblo N		Infante	3114638407		Yordanis L.C
4	Andry Nuñez Obando		x	2	1042216271							x	B. Progreso		Infante	3124001843		Familia
5	Sharay Nuñez Obando		x	6	1042215223							x	B. Progreso		Estudiante	3124001843		familia
6	Joshua Agudelo	x		1	1042215871							x	V. Mangos		Infante	3216099812		
7	Erick Agudelo G.	x		1M	1042216741							x	V. Mango		Infante	3216099812		
8	Samay Aguilar		x	8	1042214172							x	25 Enero		Estudiante	No tiene		Samax
9	Merlin Mestre		x	3	1096258409							x	V. Pto Nuevo		Infante	3204019690		Dianis Lopez
10	Aithana Salamanca Carpio		x	2	1097217771							x	V Pto Mango		Infante	3507269775		Angie A
11	Alan D. Carpio	x		3M	1042216700							x	V. Pto Mango		Infante	3507269775		Midret C
12	Helen Sofia Trespalacios		x	3	1042215896							x	B OPV Cas		Infante	3150259404		Adriana MB
13	Brayan Lopez Martinez	x		1M	1042216768							x	B OPV Cas		Infante	3150259404		
14	Maria Elsa Blanco		x	19	37667168							x	OPV Vegas		Ama de casa	3169131761		Maria Blanco
15	Wendy Fonseca Blanco		x	10	1042213518							x	OPV Vegas		Estudiante	3167137761		
16	Fanny Ortiz Lozano		x	58	32729136	x							B Esperanza		Ama de casa	3124117721		
17	Wilmer Torres Alarcon	x		51	5323350	x							B. Tapita		Operador	3161829925		
18	Jenny Jaimes		x	39	37919621							x	B. Naranjos		Ama de casa	3103121653		
19	Sofia Bolivar Bohorquez		x	10	1096810613							x	OPV Casabe		Estudiante	3158316216		Yordis B.R
20	Gael Bolivar Bohorquez	x		2	1042216214							x	OPV Casabe		Infante	3158516216		Yordis B.R

Convenciones: 1.Persona en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades Indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguno de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno	Revisó: Secretaría de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-GAM-09
Fecha de Aprobación:	27/03/2024 1240
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atención Integral, zona urbana

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC - 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo pic.

FECHA: 22 de junio 2024

P	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
	Anairis Torres Colina		X	23	1007815583	X							B. El Prado		Ama de casa	3108828711		Ana Torres
	Estefani Diaz		X	19	1042201787							X	B. El Prado		Estudiante	3177091798		Estefani Diaz
	Elizabeth Rincón		X	65	28433981							X	Monte P		A. de casa	3186727979		Elizabeth
	Fernanda Verengas		X	29	1006479108							X	25 Enero		O. varios	3213185978		Fernanda V.
	Esneda Henao		X	78	1049290972							X	Villamaria		Sin definir	3126077556		maria Henao
	Santiago Gualdron	X		5	1259845							X	Buenos A.		O. varios	3188666361		Santiago
	Yeimer Gualdron	X		10	1042274333							X	Buenos A.		Estudiante	3188666361		yeimer
	Julian Alvear	X		17	1050595704	X							Villamaria		Estudiante	3106077345		Julian Alvear
	Nubia Garzón		X	63	39923977							X	Buenos A.		A. de casa	3188666361		Nubia Garzón
	Jorge Herrera	X		28	1042273992	X							Victoria		Independiente	3046507990		Jorge Herrera
	Cecila Montiel		X	36	1042271734							X	Paraiso		A. de casa	3115577262		Cecila Montiel
	Diana Montiel		X	37	1042270563							X	Paraiso		A. de casa	3157991959		Diana Montiel
	Isabel montiel		X	10	1042276873							X	Paraiso		Estudiante	3157991957		Isabel Montiel
	Maximiliano Cifuentes	X		4	1097219704							X	Paraiso		Infante	3115172161		Maximiliano
	Lauren Lozano		X	3	1042276040							X	V. Caño N		Infante	3184270886		Lauren L
	Maria Ospino		X	23	1002255960							X	25 Enero		A. de casa	3107506078		
	Olga Flores		X	63	32692780							X	25 Enero		A. de casa	3125725379		Olga Flores
	Olga ospino		X	28	1002965580							X	25 Enero		A. de casa	3125725379		Olga Ospino
	Armando Silva	X		62	73349076							X	25 Enero		O. varios	3163213539		
	Thiago David Santamaria	X		10	1042276594							X	Prado		Infante	3227049871		

CONDICIÓN: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades Indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno	Revisó: Secretaría de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

Municipio de Titiribí Antioquia

GESTION DE ATENCION CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código	F-PE-GAC-GAA-03
Fecha de Aprobación	21/02/2024 1241
Versión	2
Página	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atencion integral. zona urbana

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Pic 002-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo pic

FECHA: 21 de junio 2024

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICION 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACION	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
	Evelin Celeste Diaz		x	4	1042200							x	V. conscrito		Infante	3144640367		mclc
	Gael Granada	x		1	1042200							x	V. Conscrito		Infante	3144640367		mclc
	Dexlan Granada	x		1	1042276534							x	Buenos A.		Infante	3207860854		
	Joo Laury Cepeda		x	9	1042274056	x							Buenos A		Estudiant	3207860854		
	Eimy Blanco		x	3	1042276017							x	Buenos A		Infante	3249958987		
	Maryis Hincapie		x	18	1096249209							x	25 Enero		Estudiant	3708305877		
	Angel Amaya	x		7	76363098							x	25 Enero		Estudiant	3708305877		
	Marcos Hincapie	x		20	1096248200							x	25 Enero		Operador	3148965908		
	Faribes del carmen		x	39	21950903							x	V. condor		Ama de casa	no tiene		
	Leonidas Torres	x		3	1042276023							x	V. Condor		Infante	No tiene		
	Asly Cabezas		x	8	1097206763	x							Paraiso		Estudiante	3795632200		
	Yeilen Cabezas	x		3	1097279057	x							Paraiso		Infante	3795632200		
	Nerleidys Pelaez		x	33	1096207297	x							Paraiso		Vig. Infante	3795632200		
	Danna Concha		x	1	1042276555							x	Buenos A.		Infante	3007676515		
	Yonalan Huella	x		8	1096745784							x	Buenos A.		Estudiante	3007676515		
	Cielo martinez		x	7	1042276593	x							Victoria		Infante	3124491697		
	Alan Osorio	x		7	1042276357							x	N. Esperan		Infante	3154477338		
	Katerin Neza		x	33	1042274999	x							Las Ve.		A de casa	3124804044		
	Ana Bolaño		x	7	1095750650	x							Las V.		Estudiant	3124804044		
	Andrea Quiroz		x	26	1005180470	x							Paraiso		A. de casa	3156566033		

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestación. 5. Comunidades indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno	Revisó: Secretaría de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-GAM-05
Fecha de Aprobación:	31/01/2024 77 42
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atencion Integral. Zona Urbana

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 001-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC

FECHA: 27 de junio 2024

P	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
	Dulce Romero		X	19	1097792451	X							Central		Estudiante	3007760470		Dulce R.
	Marcela Rodriguez		X	35	1036627467	X							Central		A. de casa	3077760470		
	Jesus Martinez	X		18	1097789779	X							Naranjos		Estudiante	3247700184		
	Alison Garcia		X	2	1096260093	X							V. Solidad		Infante	3137500791		Alinson Gar
	Dilan Marroquin	X		1	1092216306							X	23 Mio		Infante	3137960460		Maria JS.
	Ahira Contrera		X	1m	1097220089	X							Invasion		Infante	3135975375		Ahira anton
	Tatiana Arevab		X	3	1042275907	X							N. Esperanza		Infante	3137990777		Maribel
	Maribel Duarte		X	39	21050898	X							N. Esperanza		A. de casa	3137990777		Maribel
	Yully Andrea Gonzales		X	19	1098094709	X							N. Esperanza		A. de casa	3167477336		Yuly Andrea
	Deimin Quintero		X	18	1096066619							X	N. esperanza		Estudiante	3128598993		
	Sael Celeste Gomez		X	3	1092279990							X	BPaz		Infante	3092678270		Leydis G
	Edrian Mejia	X		2	1006266626							X	Villamaria		Infante	3203680564		Yarlis M
	Aislyn Rodriguez		X	6	1063370295							X	Villamaria		Estudiante	3203680569		Yarlis M
	Railan Rodriguez	X		4								X	Villamaria		Infante	3203680569		Yarlis M
	Adriana Castellares	X		3	1092279939	X							Central		Infante	3235977765		Angelica C
	Heiller Castellares		X	7	1097201927	X							Central		Estudiante	3235977706		Angelica C
	Enelda Mendoza		X	49	37666837	X							Central		A. de casa	3235977706		Angelica C
	Celeste Antonela		X	3	1096250490							X	5 Km		Infante	3129209777		Jeanela Toro
	Xiomara Rangel		X	32	1104137563	X							San miguel		A. de casa	3142926429		Xiomara R.
	Jose Gallego	X		41	3944638							X	San miguel		Independiente	3204307997		Jose E. G.

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

GESTION DE ATENCION [illegible] UDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código: F-PE-GAC-DA-001 | Fecha de Aprobación: 21/02/2024 | Versión: 1 | Página: Pag 1 de 1 | 1243

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atencion Integral, Zona Urbana

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC

FECHA: 22 de junio 2024

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Ester Jaimes		x	3	1042216007							x	Los Naranjos		Infante	3742607584		Silvia Flor
2	Marchan florez	x		6	53527707							x	Los Naranjos		Estudiante	3742607524		Silvia Flor
3	Sara Sofia Ramos		x	7m	1042216587							x	El Prado		Infante	3212696309		Yuri Ramos
4	Elizabeth Martinez		x	62	37925957	x							Brisa		Ama de co	3026085685		Ellet
5	Emma Valentina beleño		x	6	1096813099	x							Brisas		Estudiante	3026856085		Ellet
6	Isaac Daniel beleño	x		3	1097216287	x							Brisas		Infante	3026856847		Ellet
7	Edy Pabuena	x		31	1096220743	x							Brisas		A. de cara	3204437653		Edi
8	Maria Estela Henao		x	76	1042299972							x	Villamaria		A. de cara	3166077350		Maria Henao
9	Everson Gael florez	x		3	1092275937							x	V. X10		Infante	3205562099		
10	Yelitza Hurtado		x	35	63950382							x	V. X10		A. de casa	3205620000		
11	Ever Ramón Forez	x		44	1129076066							x	V. X10		Estudiante	3205620009		
12	Maria Ruby Bernal		x	62	63963585							x	B. Victoria		A. de casa	3139220776		
13	Oliverio Murillo	x		66	5783997							x	Km5		Operador	3229466609		oliverio M
14	Ian Matias Marin	x		8	28-1097206382							x	Km5		Estudiante	3220466608		
15	Liam Emanuel Guzman	x		3	1096516286							x	N. Granada		Infante	3133228308		
16	Mariaro Rojas		x	5	1042276996							x	Prado		Infante	3205949975		Maian Rojas
17	Ivana Lucia Rojas		x	9m	1042276666							x	Prado		Infante	3212646309		Mi Ivana
18	Jose Gustavo	x		30	1042276776							x	Prado		Operario	3209057469		
19	Xuby Velazques Rios		x	36	1085787069	x							El dique		A. de cara	3207473088		Yubi.
20	Daner Sebastian Murci	x		17	1092273325							x	Prado		Estudiante	3205949975		Daner

Convenciones: 1.Pers nas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negros de y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguno de los anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisor: Secretaria de Planeación TIC y y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIC MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	1-PE-GAC-(DAM)-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024 1244
Versión:	1
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atencion integral, zona urbana

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 203-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo pic

FECHA: 22 de junio 2024

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
	Alex Jaim Ortiz	X		7	1093397B	X							25 Enero		Infante	3133772753		
	Soc Mariana		X	6m	1092276699							X	N. Esperanza		Infante	3202602139		
	Sarai Adriana		X	2	1042276623							X	N. Esperanza		Infante	3202602759		
	Samuel bernal	X		8m	1042276639							X	Blanca		Infante	3144195891		
	Hiraldo Pedroza		X	39	63544820							X	Blanca		D. casa	3144703367		
	Lisleidy Simanca		X	8	1042274557	X							El Prado		Estud. N.	3167047768		Mayerlis Simanca
	Mayerlis Simancas		X	33	1042274557	X							El prado		A. de casa	3167047768		Mayerlis Simanca
	Sara Fonseca		X	2	1096260792	X							Caño blanco		Infante	3176623577		Yurants F.
	Marcela fonseca		X	33	1042272678							X	Brisas		A. de casa	3108095888		Marcela F.
	Abhara Mejia		X	1	1042276393							X	Casabe		Infante	3049975699		Mayleth
	Isaac Mejia	X		3	1063602977							X	Casabe		Infante	3049756099		Mayleth
	Thiago Moreno	X		3	1092275950	X							25 Enero		Infante	3173628377		Wendy Moreno
	Yeimar Saba	X		4	1042275773	X							U x10		Infante	3024730881		Ledys M.
	Yatiz Mario	X		7m	1042276778							X	U. Americas		Infante	3239277262		Luz Payares
	Yemy murillo		X	25	1096250521							X	U x10		A. de casa	3278327394		Yenny Murillo
	Juan Andres Castellanos	X		3m	1096251684							X	U x10		Infante	3278327394		Yenny Murillo
	Merady Rodriguez		X	9	1092253902							X	Villamaria		Infante	3153707493		
	Artur Rodriguez	X		2	1042276269							X	Villamaria		Infante	3159103933		
	Ariana Leon		X	11m	1092276590							X	25 Enero		Infante	3209709721		
	Lisbeth ovido		X	23	1001079500	X							25 Enero		A. de casa	3209709721		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno	Revisó: Secretaría de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SG MUNICIPIO DE YONDO ***

Alcaldía de Medellín
Distrito de Ciencia, Tecnología e Innovación

GESTIÓN DE ATENCIÓN CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código	T-PE-GAC-DV-V4-01
Fecha de aprobación	23/02/2024 12 45
Versión	1
Página	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atención Integral, zona urbana

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 007 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC

FECHA: 22 de junio 2024

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Daniela Rocha.		X	3	1042215971	X							Villa María		Infante	3161864882		Daniela G
2	Valeria A. Vargas		X	13	1042212573	X							Villa María.		Estudiante	3168644882		Daniela G
3	Laura V. Vargas		X	11	1042213122	X							Villa María		Estudiante	3168644882.		Daniela G.
4	Ayllen Sofia Oviedo		X	4 M.	1042216788						X		25 Enero		Infante	3045895773.		X Jormarys
5	Jormary A. Puentes		X	16	1042211764						X		25 Enero		Estudiante	3045895773		Jormarys
6	Anthonella Garzon		X	3	1096291400						X		K-5		Infante	3124204117		Jacobo Toro
7	Maira L. Pedraza		X	10 H.	1042216689						X		25 Ene		Infante	3002044330		Angie Nieto
8	Jan M. Delgado.	X		7	1042215615						X		25 ener		Estudiante	3002044330		Angie Nieto
9	Angie Nieto		X	28	1042213711						X		25 ene		A de cora	3002044330		Angie Nieto
10	Karen M Caceres		X	20	1039678321						X		Naranjal		P. de cora	3125295772		Karen C.
11	Dionis Postrana		X	17	1097185206						X		25 Enero		Estudiant	3227686815		X Dionis
12	ADara Mejia C.		X	1	1042216348						X		CPB Casabe		Infante	3044975699		Hagleda
13	Isaac. Mejia.	X		3	1063602977						X		CPB Casabe		Infante	3044975699.		Hagleda
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno | Revisó: Secretaría de Planeación TIC y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN ***

Municipio de Yumbo Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	7-PR-GAC-DI-V4.01
Fecha de aprobación:	21/02/2024
Versión:	1
Página:	Pag 1 de 1

1246

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atencion integral Ginecologia - citologia - zona urbana

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Pic 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo Pic

FECHA: 22-06-24

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONEXIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Yenny Andrea Jaimes		X	34	37094973							X	los naranjos	citologia	Aduxtz.	3103726538	NT	
2	Martha Cecilia Montes M.		X	36	1042211184							X	B. Paraiso	citologia	Aduxtz.	3115577263	NT	
3	Olga Lucia Ospino		X	28	1002465581							X	25 enero	NA	Adultez	3125125379	NT	Olga ospino
4	Olga, Flórez Montero		x	63	32691180	X							25 enero	NA	Adultez	3125125379	NT	Olga Flórez
5	Nubia Garzon		X	63	37922577	X							Buenos aires	NA	Adultez	3188666361	NT	
6	Jenny Gonzalez		X	31	1042218572							X	Villa maria	citologia	Adultez	3167064882	NT	Jenny G
7	Suemarina Acevedo		X	28	30705943							X	La paz	citologia	Adultez	3153716180		Suemarina
8	Albeiro Vallejo		X	32	1178819758							X	naranjos	ginecologia	Adultez	3184930677	NT	Albeiro Vallejo
9	Yeidy Daniela Mana		X	15	1178177709							X	Naranjos	ginecologia	Adultez	3214920677	NT	Yeidy Daniela
10	Valentin Vargas		X	13	1042211573							X	Villa maria	ginecologia	Adultez	3167064882	NT	Valentin
11	Valentina Vargas		X	11	1042213123							X	Villa maria	ginecologia	Adultez	3167064882	NT	V98995
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de desplazamiento, 2.Desplazado, 3. Negro/a de y/o Afrodescendiente, 4 Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Reviso: Secretaria de Planeacion TIC's y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YUMBO ***

	GESTION DE ATENCIÓN CIUDADANO	Código:	P-PE-GAC-DAM-01
Alcaldía de Yondó Antioquia	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Fecha de Aprobación:	23-02-2024 1247
		Versión:	1
		Páginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Brindar atencion psicologica mediante modalidad del centro de escucha - Zona urbana.	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 003-2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Mileidy Pinzon - Psicologa.		
FECHA:	22/Junio/2024		

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Luz Mery Arenilla		X	24	1001814927	X							La Paz		Ama de casa	3135818524		Luz Mery A.
2	Betsy Viviana Granada Alba		X	22	1042211918							X	Gaitan		Ama de casa	3144640377		mcl.c.v.v.ap
3	Ana Iris Torres Molina		X	23	1001815843	X							Prado		Ama de casa	3108828011		Ana Torres.
4	Luz Estefani Castañeda Diaz		X	19	1042210192							X	Prado		Ama de casa	3177091788		estefani Diaz
5	Maria de Jesus Ospina Florez		X	23	1002255960							X	25 de mayo		Estudiante	3125125379		
6	Adelina Florez		X	40	57085248							X	OPB Cardoba		Ama de casa	3118218463		Adelina.
7	Yesica Rincon Ramirez		X	25	1096249636							X	Tigre		Estudiante.	3118828820		Yesica R.
8	Yetitza Elizabeth Hurtado S.		X	35	6395082				X				X-10		Ama de casa	3205620009		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Condiciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguno de las anteriores

Aborte: Secretaría de Gobierno	Revisó: Secretaría de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaría General y de Talento Humano

Alcaldía de Medellín
Distrito de Ciencia, Tecnología e Innovación

GESTION DE ATENCIÓN CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código	F-FR-GAC-SA-A-01
Fecha de aprobación	25/01/2023
Versión	2
Página	Pag 1 de 1

7248

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Atencion por odontologia JORNADA ATENCION INTEGRA - ZONA URBANA

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC.

FECHA: 22-06-2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Anlin Salome Jaramillo		X	49	1042215691						X		los lomas		Amack casa	3154911302	No reporto	Yesica Osorio
2	Diana Jaramillo Osorio		X	6a	1042215420						X		las lomas		Ama casa	3154911302	No reporto	Yesica Osorio
3	guido Mauricio Jaramillo	X		8a	1042 214665						X		las lomas		Estudia	3154911302	No reporto	Yesica Osorio
4	Yesica paola osorio		X	25	1042214988	X					X		las lomas		Ama casa	3154911302	No reporto	Yesica Osorio
5	Juan matteo naranjo	X		2am	1042216379	X							Villamaria		Menor	3174366621	No reporto	Cindy A.
6	Victor alfonso Jaramillo	X		Yo	13571706						X		V. las lomas		Efias Varias	3154911302	No reporto	victor
7	derik [illegible] rojas montalvo	X		9m	1042216638						X		el prado		Menor	3006983794	No reporto	Tatiana M.
8	yulis tatiana montalvo		X	25	1005182643						X		el prado		Ama casa	3006983794	No reporto	tatiana M.
9	Juan alberto camacho castillo	X		4	1042215680						X		4 caminos		Estudiante	3152156289	No reporto	Gladys c
10	Mercedes Cesnan Ruiz		X	49	63467206						X		bonsai O		Ama casa	3177589222	No reporto	Cesnan R
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Convenciones: 1. Personas en situación de discapacidad, 2. Desplazado, 3. Negro, de p/o Afrodescendiente, 4. Mujeres en gestación, 5. Comunidades Indígenas, 6. Con orientación LGTBIQ, 7. No pertenece a ninguno de los anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno | Revisó: Secretaría de Planeación PIC 1 y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG. MUNICIPIO DE MEDELLÍN ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCIÓN CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código: F-PIC-GAC-DA-4-09
Fecha de aprobación: 31/05/2024
Versión: 1
Página: Pag 1 de 1

1249

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA DE ATENCION INTEGRAL - Odontologia - ZONA URBANA

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC-003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Edwin PIC

FECHA: 22-06-2024

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONEXIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	SANCHEZ PELAEZ JELEN ZAHARY		X	17	1.096.200435	X							N. TIGRE		ESTUDIANTE	3174651304	NT	Eduardo Pelaez
2	BALAGUERA PELAEZ SHERYK LISBETH		X	15	1.097191359	X							N. TIGRE		ESTUDIANTE	3145113041	NT	Eduardo Pelaez
3	LOPEZ YURANIS		X	22	1.042000.246							X	Puerto nuevo		ESTUDIANTE	3114658707	NT	Yuranis L.C
4	MEJIA GERAL MATEO	X		3	1185464786							X	Puerto nuevo		MENOR	3114658707	NT	Yuranis L.C
5	MESTRA SOFIA		X	3	1096859909							X	Puerto nuevo		MENOR	3114658707	NT	
6	GIRON PAULA		X	41	29436107	X							los corrales		Ama de casa	3156183572	NT	
7	AGUDELO JOSHUA	X		4	1.042.215.871							X	Puerto nuevo		MENOR	3216099812	NT	Leidi G
8	CARRIO SALOME		X	7	1.097217141							X	Puerto los mangos		Ama de casa	3502769795	NT	ANGIE A
9	MORENO ELIAS	X		3	1.042.215.953							X	condor		Ama de casa	3152945420	NT	Daniela
10	NUÑEZ SOFIA		X	2	1.042.216.271							X	Puerto los mangos		ama de casa	3124001843	NT	Yamileo
11	NUÑEZ ELIF		X	6	1.042.215.223							X	puerto los mangos		ama de casa	3124001843	NT	Yamileo
12	LOZANO STEFANLY		X	3	1.042.216.040							X	Puerto matilde		MENOR	3184210255	NT	
13	QUIROS CATERINE		X	26	1.005.180410	X							PARAISO		Ama de casa	3156586638	NT	
14	TIRCH REYES		X	2 meses	1.042.216.680							X	25 de enero		MENOR	3213859998	NT	Fernanda V.
15	THIAGO SANTAMARIA	X		10 meses	1.042.216.594							X	Prado		MENOR	3227018949	NT	LUS MAGOLA
16	EILEEN HERRERA		X	9 meses	1.042.216.621	X							VICTORIA		MENOR	3041501485	NT	Angie Herrera
17	AGUILAR SAMAY		X	8	1.042.214.492							X	25 de enero		MENOR	NT	NT	Teresa Ortiz
18	QUIROGA SANTIAGO	1		1	1.042.216.367							X	Prado		MENOR	3108828011	NT	Ana Torres
19	QUIROGA ISABEL		X	4	1.042.215.400							X	Prado		MENOR	3108828011	NT	Ana Torres
20	TORRES IRIS		X	23	1.001.815.893							X	Prado		Ama Casa.	3108828011	NT	Ana Torres

Convenciones: 1.Personas en situación de desplazamiento, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4 Mujeres en gestación, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidad (LGTBIQ), 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO DE MUNICIPIO DE YONDÓ ***

Municipio de Envigado Antioquia

GESTION DE ATENCIÓN CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código: F-PI-GAC-DA-3-09
Fecha de aprobación: 21-02-2024 12:50
Versión: 3
Página: Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA ATENCION INTEGRAL - Odontologia - ARA URBANA

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC

FECHA: 22-06-2024

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICION 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Diana Isabel																	
2	Isabel Montiel		X	10a	1042216613						X		V Paraiso		MENOR	3157994051	NT	Diana Montiel
3	Alinson garcia		X	2años	1096260087	2							Soledad		MENOR	3183501134	NT	Angie Garcia
4	Edison mejia	X		2años	1096260526						X		villamaria		MENOR	3203680564	NT	Yarlis M
5	Aislin Rodriguez		X	6años	1096260365						X		Villamaria		MENOR	3203680564	NT	Yarlis M
6	Brailan Rodriguez	X		4años							X		villamaria		MENOR	3203680564	NT	Yarlis M
7	Lizz Castañeda		X	2años	1042216265						X		Prado Viejo		MENOR	3177091708	NT	Estefani
8	Luz estefani Castañeda		X	19a	1042210182						X		Prado Viejo		Ama de casa	3177091708	NT	Estefani
9	Geel Bohorquez	X		2años	1042216214						X		OPV Casabe		MENOR	3158516215	NT	Yoredis
10	Sofia bolivar		X	10años	1096810613						X		OPV Casabe		MENOR	3158516215	NT	Yoredis
11	Marlon Hiago Quejado	X		8años	1042214459						X		OPV casabe		Estudiante	3214707941	NT	Adriana M.
12	Loggan yalil Hoyos Tejarado	X		4años	1042215737						X		OPV Casabe		MENOR	3244707941	NT	Adriana M.
13	Adelina Flores		X	40años	57085248						X		OPV casabe		Ama de casa	3118218463	NT	Adelina
14	Juan david bernal	X		14años	1028869104						X		OPV Casabe		estudiante	3118218163	NT	Adelina
15	Allyson sopia bernal		X	8años	1097207449						X		OPV Casabe		estudiante	3118218463	NT	Adelina
16	Antonela Santos Vasques		X	10años	1042216486						X		el Prado		Estudiante	3102356574	NT	Yeimer
17	maria luciana nieto pedroza		X	10a	1042216609						X		25 enero		MENOR	3002049330	NT	
18	Juan Marcelo delgado nieto	X		7años	1042218015						X		25 enero		MENOR	3002049330	NT	
19	Anyie nieto Serrano		X	28años	1042213711						X		25 enero		Estudiante	3002049330	NT	
20	Karen marcela caceres pastrana		X	20años	1039678322						X		25 enero		Ama Casa	3227684815	NT	Karen C.

Convenciones: 1.Pers nas en situación de discapaci dad, 2.Desplazados, 3. Negros afr o/o Afrodescendientes, 4 Mujeres en gestación, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguno de los anteriores

Elaboró: Secretaría de Gobierno | Revisó: Secretaría de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO DEL MUNICIPIO DE ENVIGADO ***

Alcaldía de Tesalia Antioquia

GESTION DE ATENCIÓN CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código: R-PLC-DAI-FOR
Fecha de aprobación: 7/02/2024 7251
Versión: 2
Página: Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA ATENCION INTEGRAL - Odontologia - ZONA URBANA

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Tabalpo Pic

FECHA: 22-06-2024

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Yisabel Herrera gabra blandon		X	2años	1038556209	*						X	el prado		Menor	3187332106	NT	Gabrielaxx
2	keiler yesid blandon Hernandez	X		5años	1039 367283							X	el prado		Menor	3187332106	NT	Gabriela.H
3	Helly castellares Mendoza		X	7años	1097207987	X							central		Estudiante	3235977705	NT	Angelicac
4	Adriano Castellares Mendoza	X		3años	1042215989	X							central		Menor	3235977705	NT	Angelica C
5	Dana Sofia Ramos Ramos		X	11m	1042216577							X	el Prado		Menor	3212646309	NT	Yuri Ramos
6	Yohan Alexander Villamizar Ruiz	X		1año	1042216478							X	El Prado		Menor	3105949915	NT	Adriana Ruiz
7	Loz marina Acevedo Flores		X	45años	28070593							X	la paz		Ama de casa	3153776180	NT	Lozmarina A
8	Edith Pabhvena	X		31años	1096220118	X							Cpv caobe		Oficios varios	3206431653	NT	Edi
9	Hector Fajardo	X		50años	9144111							X	V sardinata bja		agricultor	3161634791	NT	Hector F.
10	Yosely Rangel		X	28años	6653314							X	25 enero		ama de casa	3186305834	NT	yosely
11	ASCHLY Herrera		X	10años	6653411							X	25 enero		Estudiante	3186305834	NT	yosely
12	Deibert contreras	X		6años	6653368							X	25 enero		Estudiante	3186305834	NT	yosely
13	esteban lozano	X		3años	1042 215866							X	25 enero		MENOR	3186305834	NT	yosely
14	Johan andres bolivar	X		9m	1042.216.68	X							nueva esperanza		MENOR	3122629646	NT	Jennifer R
15	yudi velasquez		X	36a	1005 187066	X							V dique		ama de casa	3207473028	NT	Yudi
16	gianna sofia torres		X	8m	1042216655							X	villamaria		MENOR	3152962742	NT	Norma P
17	Artur Rodriguez	X		2años	1042216269							X	villamaria		MENOR	3153109433	NT	Yesimel V
18	Nerari Rodriguez		X	4años	1042215802							X	villamaria		MENOR	3153109433	NT	Yesimel V.
19	Bambola Rocha Gonzalez		X	3años	1042215971	X							Villamaria		MENOR	3161864882	NT	Yeny G.
20	Alex Yael leon Reyes	X		7m	1042216660	X							Primero de mayo		MENOR	3214930039	NT	Icelys Go

Convenciones: 1. Persona en situación de discapacidad. 2. Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendiente. 4. Mujeres en gestación. 5. Comunidades indígenas. 6. Comunidad LGTBIQ. 7. No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno | Revisó: Secretaría de Planeación TIC y y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

GESTION DE ATENCIÓN CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código: [illegible] | Fecha de actualización: 31/01/2024 | 7252 | Versión: 2 | Página: Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA ATENCION INTEGRAL - Odontologia - ZONA URBANA.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:

FECHA: 22-06-2024

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONEXIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	SIERRA EVAN	X		1	1.042216501							1	canta rana		MENOR	3008102841	NT	Elizabeth
2	BLANCO Shanioth		X	1	1131204571							1	Jose domingo dueños		MENOR	3023366810	NT	adriana G.
3	BLANCO Alix mama		X	1	1132045710							1	Jose domingo dueños		MENOR	3023366810	NT	adriana G.
4	LERMA JAVIER	X		2	1092867116							1			MENOR	3119325715	NT	
5	LERMA NAYARA		X	6 meses	1092305471							1	Jose domingo dueños		MENOR	3119325715	NT	Yesmary figueredo
6	LERMA JANIS LUCIA		X	8	1091909734	X							Jose domingo dueños		MENOR	3119325715	NT	Yesmary figueredo
7	MAITE SINFUENTES		X	1	1042216394							1	25 de enero		MENOR	3123858926	NT	Yesica
8	ACEVEDO ELIF		X	5	1097212515							1	N X 10		MENOR	3205806266	NT	ANGIE CUETO
9	MUÑOZ HELLEN		X	1	1042216375							1	N. condor		MENOR	3123361740	NT	Eder Muñoz
10	OSORIO ALAN	X		1	1042216351							1	N. Esperanza		MENOR	3157447338	NT	Alix cuetio
11	ROJAS IVANA		X	9 meses	1042216626							1	Prado		MENOR	3204057468	NT	Monica lagme
12	ROJAS ANTONELA		X	5	1042215495							1	Prado		MENOR	3204057468	NT	Monica lagme
13	RUIZ DARWIN	X		12	1042212890							1	Prado		Estudiante	3204057468	NT	Monicalagme
14	RUIZ DUVAN	X		5	1042215727							1	Prado		MENOR	3204057468	NT	Monicalagme
15	RUIZ YULIETH		X	15	1042212271							1	Prado		Estudiante	3205949915	NT	Yulieth Ruiz
16	MURCIA DANER	X		11	1042213305							1	Prado		Estudiante	3205949915	NT	Adriana Ruiz
17	Ariana Isabel Leon Oviedo		X	11m	1042216590							1	25 enero		MENOR	3142750112	NT	Jonathan Leon
18	Lizeth segura		X	19	1096184668							1	kilometro 5		Estudiante	3169543291	NT	Lizeth Daniela
19	Jose gustavo Vargas	X		30	1042213416	1						1	el prado		OFICIOS VARIOS	3108123868	NT	Vargas Gustavo
20	Eder Andres Muñoz	X		22	1001815713							1	La condor		OFICIOS VARIOS	3123361740	NT	Eder Muñoz

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades Indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No permite recibir ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno | Revisó: Secretaría de Planeación TIC y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO EN MUNICIPIO YOPAL ***

Municipio de Villavicencio Antioquia

GESTION DE ATENCIO CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código	F-RE-AAC-04-01
Fecha de aprobación	21-02-2024
Versión	3
Página	Pag 1 de 1

1253

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA ATENCION INTEGRAL - Odontologia - ZONA URBANA.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: EQUIPO PIC

FECHA: 22-06-2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICION 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	QUIÑONES PAOLA		X	9	1093.836.698							X	V x 10		MENOR	3011002392	NT	
2	GONZALEZ JESUS	X		15	16.609.311		4						V x 10		ESTUDIANTE	3011002392	NT	
3	ABANERO OTILIA		X	40	52.017.57		4						V x 10		AMA CASA	3011002392	NT	
4	ACONCHA DANNA		X	1	1.042.216.555							X	BUENOS AIRES		MENOR	3007676515	NT	
5	CUELLAR JHONATAN	X		8	1.096.245.184							X	BUENOS AIRES		ESTUDIANTE	3007676515	NT	
6	ACONCHA KATTALEYA		X	2	1.093.259.914		4						NUEVA ESPERANZA		MENOR	3116758676	NT	
7	MADRID KEYNER	X		11	1.096.232.934		4						NUEVA ESPERANZA		ESTUDIANTE	3116758676	NT	
8	CARDENAS IAN	X		1	1.042.216.446		4						SAN LUIS		MENOR	3023402322	NT	
9	GOMEZ CELESTE		X	3	1.042.215.999		4						LA PAZ		MENOR	3052618079	NT	Leidis Gomez
10	MARTINES LAURA		X	1	1.04226.969							X	La del medio		MENOR	3215825644	NT	
11	OLIVERA HIAN	X		1	1.042.216.358							X	PROGRESO		MENOR	3228480493	NT	
12	BARRAGAN JUAN	X		10	1.097.201.399		4						PROGRESO		ESTUDIANTE	3228480493	NT	
13	YEPES EMMANUEL	X		13	1.097.109.571		4						PROGRESO		ESTUDIANTE	3228480493	NT	
14	SALAS ANGELA		X	9	1.092.215.743							X	V x 10		MENOR	3021130887	NT	
15	PARRA DANIELA		X	1	1.092216.070							X	AMERICAS		MENOR	3146923485	NT	
16	PARRA HELEN		X	3	1042216419							X	AMERICAS		MENOR	3146923485	NT	
17	NUÑES YURIMAR		X	8	1128329933							X	OPB CASABE		ESTUDIANTE	3132356653	NT	
18	NUÑES NEIMAR	X		6	1097209870							X	OPB CASABE		ESTUDIANTE	3132356653	NT	
19	NUÑES YAROLIZ		X	13	1128328208							X	OPB CASABE		ESTUDIANTE	3132356653	NT	
20	MARIO PAYARES YAGIZ	X		1	1042.216.416							X	AMERICAS		MENOR	3239277262	NT	

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestación. 5. Comunidades Indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Reviso: Secretaria de Planeación TIC y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO POR MUNICIPIO VILLAVICENCIO ***

Municipio de Yopal Autoridad

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Hoja de: 1 | Versión: 1 | Página: 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA ATENCION INTEGRAL - Odontologia ZONA URBANA.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC

FECHA: 22-06-2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Ana Beton Vega		X	9	1097205166							X	N.S.M.T		Estudiante	3146571304	NT	
2	Marley Perez		X	35	1096200401							X	N. Tigre		Ama de casa	3146571304	NT	
3	Miriam Alvarez		X	57	36456593							X	B. Bosas		Ama de casa	3114938042	NT	
4	Angel David Amaya	X		7	1635309 8		4						B. 25 de enero		Estudiante	3123368606	NT	
5	Cielo Martinez Londoño		X	1	1042216543		2						B. Victoria		MENOR	3124444687	NT	
6	Deylan David Granados	X		1	1042216534							X	Buenos Aires		MENOR	3209868554	NT	
7	Jasbury Gespedes		X	7	1042214056							X	Buenos Aires		Estudiante	3209868554	NT	
8	Elmy Salome Blanden		X	3	1042216011							X	Buenos Aires		MENOR	3244958187	NT	
9	Leonidas Zambrano	X		3	1042216023		X						Vda Condor		MENOR	3255203188	NT	
10	Dilan Alejandro Marroquin	X		1	1042216306							X	B 23 de julio		MENOR	3137960466	NT	
11	Jose Fernando Castro	X		9	1097264200							X	B. Bosas		Estudiante	3187714285	NT	
12	Adhara Hernandez Okuya		X	8m	1097219512							X	B 3 de octubre		MENOR	3142586455	NT	
13	Amy Orozco Garcia		X	1	1096261535		V						B 3 de octubre		MENOR	3188983112	NT	
14	Paula Shanth Duran	/	X	12	1097196324	X							V X 10		Estudiante	3155387096	NT	
15	Maria Jose Suarez		X	4	1096815134							X	V X 10		MENOR	3213855121	NT	
16	RIVARES DAYANA		X	15	1.097.191.251	X							V X 10		Estudiante	3213855121	NT	
17	OSTO LEANDRO	X		1	1.042.216.388							X	V X 10		MENOR	3213855121	NT	
18	RODRIGUEZ ISAAC	X		8 meses	1.042.216.641							X	V X 10		MENOR	3135813524	NT	
19	RODRIGUEZ SOFIA		X	7	1.042.215.001	X							V X 10		Estudiante	3135813524	NT	
20	Salome galvis cadavbe		X	3	1042216089	X							Progreso		MENOR	3186668838	NT	

Convenciones: 1.Mujeres en situación de desplazamiento, 2.Desplazado, 3. Niños/as y/o Adolescentes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno | Revisó: Secretaría de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YOPAL ***

Municipio de Envigado Antioquia

GESTION DE ATENCIÓN CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código	
Fecha de aprobación	1755
Versión	
Página	

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Valoracion Nutricional a usuarios que lo requieren en apoyo Jornada Integral de Salud

DEPENDENCIA RESPONSABLE: TIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Tomas Torres

FECHA: 22/06/24

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Juan Andres Cordoba Pino	X		4	1042215801							X	Smt		menor	3114810880		X Juan P.
2	Jose manuel marin P.	X		69	13883622							X	Boca Bono		Obrero	3104782205		X
3	Maximiliano Cifuentes M	X		4	1077214104							X	Porvenir		menor	3116511761		X
4	Adhara I. Mejia C		X	1	1042216743							X	Obrero		menor	3044975699		X
5	Isaac D. Mejia C.	X		3	1063602977							X	Corozal		menor	3044975699		X
6	Liderdy Calderon S		X	8	1042214557	X							Prado		menor	3167047466		Mayelis Serranca
7	mayeli Serrano C.		X	33	1042212459	X							Prado		Acudiente	3167047468		Mayelis Serranca
8	Mario Jose Suarez S.		X	4	1096815734							X	X10		menor	3185389096		X
9	Paulo S. Perez Serrano		X	12	1097196789							X	X10		Estudiante	3185389096		X
10	Sebastian Roberto Pinzon	X		2	1042216344							X	Arboleda		menor	3142291564		X
11	Juana S. Perez Lemos		X	11m	1042216577							X	Prado		menor	3212696789		X
12	Ivana Lucia Rojas Lemos		X	9m	1042216688							X	Prado		menor	3204057468		X
13	Maian Rojas Lemos		X	5	1042215478							X	Prado		menor	3204057460		X
14	Jon Velasquez Martinez	X		9m	1097219578							X	Bcolgo		menor	3118747479		X
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Convenciones: 1.Persona en situación de desplazamiento, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Con condición de migrante, 6. Con orientación LGTBIQ, 7.No porta ningún o ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno | Revisó: Secretaría de Planeación TIC y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE ENVIGADO ***

Municipio de Yumbo Antioquia

GESTION DE ATENCIÓN [illegible]ADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-DA-4.01
Fecha de aprobación:	21/02/2024
Versión:	7
Página:	Pag 1 de 1

1256

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atencion Integral Atencion mediano Genor.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Secretaria de Gobierno PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC- Laura Bermudez.

FECHA: 22/6/24

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Gerald Mateo Mejia lopez	X		3	1185348478							X	Pto Nuevo		Menor	3114658707		Juanis L.C
2	Meralin Sofia Mastro lopez		X	3	1096259409							X	Pto nuevo		Menor	3204019610		Diana Lopez
3	Lorena Stefania lozano		X	2	1042216040							X	Pto Matilde		Menor	ND		Luis F. Lo
4	Andry Sofia nuñez obando		X	2	1042216271							X	Pto Mangos		Ama casa	3124001843		Yamileo
5	Aithana Salome Carpio A		X	2	1097217771							X	Pto mangos		Ama de casa	3507269975		Angie A
6	Joshua Agudelo Gutierrez	X		4	1042215877							X	Pto mangos		Ama de casa	3216099822		Leyda Gutierrez
7	Erick Agudelo Gutierrez	X		4m	1042216744							X	Pto mangos		Ama de casa	3216099822		Leyda Gutierrez
8	Alan David suarez Carpio	X		3m	1042216750		X						Pto mangos		Ama casa	3014505225		Mildreth C.
9	Leandro Osto Castro		X	2	1042214388							X	X-10		Ama casa	3213855121		Emely S
10	Endermary Pada Quiñonez	X		4	1098831678							X	X-10		Menor	3213855121		Oscar
11	Isaac Rodriguez Arenilla		X	11m	1042276641							X	X-10		Ama casa	3135816824		Luz Mery A.
12	Aylen Sofia Oviedo Puentes		X	2m	1042216728							X	X-10		Menor	3045915775		Jomary
13	Juan Andres Castellanos		X	3	1096816861							X	X-10		Menor	ND		Yeny
14	Angela Yesimar Salar M	X		4	1042215773							X	X-10		Menor	ND		
15	Ivan Samara Perez Jaimes		X	4	1042216551							X	naranjos		Menor	ND		Yeny Jaimes
16	Briana Sofia Torres Arcia		X	9	1042216655							X	Nueva maria		Menor	3153062412		Marleny A
17	Arthana Isabel leon oviedo		X	3	1042216540 1042216776							X	Villa Santuis		Ama de casa	3204104721		
18	Ivan camilo cardena	X		2	1042216996							X	Nueva santos		Ama de casa	3022102382		Rosalinda
19	Ivan matias olivera Gena	X		3	1042216358							X	Progreso		Menor	3218180703		Misleidy (tia)
20	Cielo martinez londoño		X	4	1042216343							X	Progreso		Menor	ND		

Convenciones: 1.Persona en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negro(a) o/o Afrodescendiente, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguno de los anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO POR EL MUNICIPIO DE YUMBO ***

GESTION DE ATENCIÓN AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código: FR-GACIA-031 | Fecha de aprobación: 27/02/2024 | 7257 | Versión: 2 | Página: Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atencion integral. Atencion mediana Genet

DEPENDENCIA RESPONSABLE: secretaria de gobierno. PIC 2023-2024.

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Laura Bermudez

FECHA: 22-6-24. EQUIPO PIC.

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONEXIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Alan Matias Osorio P		X	1	1042216351							X	Nueva Esp		menor	3157477538		Nixon O.
2	Ian santiago Beleño	X		1	1042216446							X	Vegas		menor	3124894814		Katherin N
3	Danna Sofia Ramos lesmes		X	10m	1042216572							X	prado		menor	3212646309		Yury lesmes
4	Ivana lucia lesmes vargas		X	9m	1042216626							X	Prado		menor	3204057468		Monica lesmes
5	Johan Alexander Villamizar	X		1	1042216478							X	prado		menor	3209149715		Adriana Ruiz
6	Andrea Katerine Quiros florez		X	26	1005180410	X							Paraiso		menor	3156566038		
7	Iter Yael Leon Garces	X		4m	1042216680							X	1 mayo		Menor	3142289805		
8	Gian emanuel Guzman carreño	X		3	1097216595							X	nueva Esperanza		Menor	3138228308		
9	Sharloth Blanco Gonzalez		X	1	1137204871							X	Jose Antonio		menor	3023316810		Adriana G.
10	Alix Maria Blanco Gonzalez		X	1	1137204980							X	Jose Antonio		menor	3023316810		Adriana G
11	Ailyn salome jaramillo osorio		X	4	1042215691							X	Via lunes		menor	3154977302		Yesika
12	Aitana Antonia contreras		X	2	1047220089								vegas		menor	3155975395		Maria Jose
13	Axel santiago Quiroga T.	X		1	1042215857							X	prado		Menor	ND		Ana Iris T
14	maria isabel quiroga T.		X	4	1042215760							X	prado		menor	ND		Ana Iris T
15	Daniela Rocha Gonzales		X	3	1042215971							X	villamaria		menor	ND		Yeny Gonzales
16	Ethan josue Cardenas		X	3m	1042216738							X	villamaria		menor	ND		Dayana
17	Fernanda morales gomez		X	3	1042216622							X	prado		menor	ND		
18																		
19																		
20																		

Convenciones: 1.Persona en situación de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritud afro y/o Afrodescendiente. 4.Mujeres en gestación. 5. Comunidades indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguno de los anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno | Revisó: Secretaría de Planeación TIC y y Ordenamiento Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO POR EL MUNICIPIO DE TONGUÁ ***

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código: 2-PS-GAC-GA-A-01
Fecha de aprobación: 21/12/2021
Versión: 3
Página: Pag 1 de 1

1258

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atencion integral
Atencion medicina General

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Secretaria de Gobierno. Prado-Tolima

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Laura Bermudez.

FECHA: 22-6-24.

Equipo Pic.

#	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1																		
2	Adhara hernandez olaya		X	8m	1097219512	X							5 octubre		Estudiante	3242586[illegible]		Adhara
3	Tiago david santamaria	X		10m	1042216494							X	prado		menor	3207418414		tus mascaras
4	Evan Zavala Ballesteros	X		4	1097215047	X							Vda cardor		menor	3115213510		GUSTAVO
5	Deylan David Granados G	X		1	1042216534							X	Buenos Aires		menor	3207868154		RUTH G
6	Javier elian lerma Figueredo	X		2	1096816716							X	jose asorrigo		menor	3114325916		Samar Figueredo
7	nayara esperanza lerma		X	9m	1092555471							X	jose asorrigo		menor	3114385915		Samar Figueredo
8	Liam matteo naranjo	X		2	1042216314	X							villa maria		menor	3174366627		Leidy P.
9	Dylan Alejandro marroquin	X		1	1042216305							X	23 julio		menor	3137960486		Maria J.G.
10	Ana Anthonella orozco		X	1	1096261535							X	3 octubre		Menor	3188983112		Leidy G M.
11	Lizz madday tovar		X	2	1042216665							X	prado V		menor	3177091708		Estefani.
12	Emy Salome blandon Navarro		X	3	1042216011							X	Buenos Aires		menor	3244958187		Jhonny
13	Hellen Malga muñoz		X	2	1042216375							X	prado		Menor	N/D		
14	Derik Noah Rojas montalvo	X		2	1042216638							X	prado		menor	3009863714		Paloma M.J.
15	Esther patricia jaimes		X	4	1042216087							X	naranjos		Menor	N/D		Mayor 71
16	Samuel Bernal	X		8m	1042216691	X							la paz		menor	3144198814		Viviana Pedroza
17	Lava valentina martinez		X	1	1042216464							X	vda laguna		menor	3205855814		Marlyn E Q
18	maria lucrana pedroza		X	1	1042216609							X	cantarana		Menor	3108902877		Elizabeth
19	Juan Santiago Cierra	X		1	1042216581							X	cantarana		menor	3108902877		Elizabeth
20	Marie Andrea cifuente		X	1	1042216314							X	25 enero		Menor	3123888926		Yesica

Convenciones: 1. Persona en situación de discapacidad, 2. Desplazado, 3. Negro, afro o Afrodescendiente, 4. Mujeres en gestación, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidad LGTBIQ, 7. No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaría de Gobierno | Revisó: Secretaría de Planeación TIC y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO MUNICIPIO DE YOPAL ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Codigo:	F-PE-GAC-GMM-01
Fecha de Aprobacion:	20/02/2024
Version:	2
Paginas:	Pag 1 de 1

1257

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de Atencion Integral - Zona Urbana

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Raul Mendoza Moreno

FECHA: 22 Junio 2024

#	NOMBRE Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Martha Isabel Medina Peña		x	45	63519650							X	U. La Orquidea	J.A.C	Ama de Casa	3167707830		Martha Medina
2	Marleni Rodas Gomez		x	55	21989986							X	U. La Orquidea	J.A.C	Ama de Casa	317.658.1050		Marleni Rodas
3	Rafa A. Antonio Muñoz Correa	X		69	7.205.995							X	U. Caño Blanco	J.A.C	Oficios Varios	3164545284		Rafa A. Antonio
4	Leidy Tatiana Perea		x	22	1001815488							X	B. Buenos Aires	J.A.C	Oficios Varios	3173032582		Tatiana P.
5	Yenifer P. Vanegas Zapata		x	24	1005979198							X	B. 25 de Enero	J.A.C	Ama de Casa	3113175998		Yenifer Fernanda
6	Alix Dayana Osorio P		x	22	1001815228							X	B. N. Esperanza	J.A.C	Ama de Casa	3157477373		Alix Dayana
7	Leidy Gutierrez		x	31	1005654709							X	B. Nuevo Horizonte	J.A.C	Ama de Casa	3216098812		Leidy Gutierrez
8	Diana C. Ladino P		x	29	1042713355							X	B. Gaitan	J.A.C	Ama de Casa	3189565389		Diana Ladino
9	Lorena C. Correa G		x	30	1102372997							X	B. N. Esperanza	J.A.C	Ama de Casa	313 8228308		Lorena Correa
10	Leidy Angela Ramirez G.		x	19	1096711327							X	U. La Poza	J.A.C	Ama de Casa	3102739937		Leidy Angela Ramirez
11	Felipa E. Hurtado Silva		x	35	19131778				x				U. K=10	J.A.C	Ama de Casa	3205620009		Felipa Hurtado
12	Monica Pablos		x	51	39.016496							X	U. K=10	J.A.C	Ama de Casa	3044517495		Monica Pablos
13	Yenis Morato Bedoya		x	42	37-577892							X	U. Bella Vista	J.A.C	Ama de Casa	3124713035		Yenis Morato
14	Carolina Herrera Mesa		x	35	1045185927							X	U. Bella Vista	J.A.C	Ama de Casa	3143065871		Carolina Herrera
15	Lucelo del Carmen Moreno		x	42	36496937							X	U. Bella Vista	J.A.C	Ama de Casa	3208794102		Lucelo del Carmen
16	Karen J. Mejia Moreno		x	15	1042712320							X	U. Bella Vista	J.A.C	Ama de Casa	3208794102		Karen J. Mejia
17	Yuz Mabel Senegal F		x	65	21989972	x							U. Bellavista	J.A.C	Ama de Casa	3227145764		Yuz Mabel
18	Pedro Gonzalez Montoya		x	49	21950411							X	B. Ur. Prado	J.A.C	Ama de Casa	3144899360		Pedro
19	Felipa E. Hurtado		x	35	19.131778							X	U. K=10	J.A.C	Ama de Casa	320.562.0009		Felipa Hurtado
20	Clever Diaz Correa		x	56	63-458-742	x							C. El Tesoro	J.A.C	Ama de Casa	3124284901		Clever Diaz
21	Eusebio Sedia Pican	x		76	5.591.300		x						C. El Tesoro	J.A.C	Oficios Varios	3123938186		Eusebio
22	Oscar de Jesus Cordero	x		64	13.892.791							X	C. El Tesoro	J.A.C	Oficios Varios	3144861614		Oscar de Jesus
23	Ruben Sedalet S.	x		64	13.891.139							X	U. K=10	J.A.C	Oficios Varios	318.2505273		Ruben
24	Donelia Rueda Mesa		x	57	37652.066							X	U. K=10	J.A.C	Ama de Casa	318 2505273		Donelia Rueda
25	Clara Rosa Gallego		x	84	28.000941	1							B. Comfenalco	J.A.C	Ama de Casa	3015220163		Clara Rosa

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG. MUNICIPIO DE YONDÓ ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-DAN-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

12:60

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atencion Integral - Fisioterapia

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC

FECHA: 22-06-24

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Maria Elena Vergara		X	71	28074977							V	B. JEG		Ama de Casa	3176392683	No tiene	
2	Matilde Isabel Ruiz		X	86	22022708		V						V. Nm 3		Ama de Casa	3173348190	No tiene	
3	Maria del Carmen Sosa		X	67	27990608		V						V. Santa		Ama de Casa	3044862326	No tiene	
4	Adriana Lucia Ramos		X	77	1042277378		X						V. Socios		Estudiante	32[illegible]4797	No tiene	Adriana R.S
5	Maria Gloria Moreno		X	55	22450748							V	B. Central		Empleada	3104[illegible]4	No tiene	
6	Alfonso Hernandez Bermudez	X		57	91432690							X	B. Bnos		Oficios Varios	3115337871	No tiene	
7	Elkin Alonso Heredia	X		38	3392740							X	B. Eatan		Oficios Varios	3136877564	No tiene	
8	Flaminio Ayala Tovar	X		48	13857952							X	V. K 5		Oficios Varios	3043434092	No Tiene	Flaminio Ayala
9	Luz Marina Florez		X	45	28070593							X	B. La Paz		Ama de casa	3153770180	No Tiene	
10	Maria Cecilia Segura		X	41	1096184668							X	V. K5		Ama de casa	3045434092	No Tiene	maria Segura
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

Convenciones: 1.Persona en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaría de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDO ***

Jornada de Atención Integral

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	I-PE-GAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024 1261
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA DE ATENCION INTEGRAL - ZONA RURA

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: EQUIPO PIC

FECHA: 02 - JUNIO - 2024.

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Julio Navarro Ortiz	x		66	4498546							7	San Luis		Agricultor	No refiere	No refiere	
2	Naomi Castillo Angel		x	29	1042273959							x	San Luis		Ama de Casa	3166273646	No refiere	
3	Julio Cesar Piedrahita R.	x		99	5550826							x	San Luis		Oficios Varios	3176852372	No refiere	
4	Juan de Dios Lopez Loza	x		64	9742919 68							x	San Luis		Oficios Varios	2213727493	No refiere	
5	Angelica Rodriguez A.		x	42	27950982							x	San Luis		Ama de Casa	3194724994	No refiere	
6	Conrado Gallego Garcia	x		78	10962 30605							x	San Luis		Oficios Varios	3 755260708	No refiere	
7	Evelio Sanchez Rincon	x		56	1006800223							x	San Luis		Oficios Varios	3172169075	No refiere	
8	Rut Carolina Sanchez		x	14	373 73130							x	San Luis		Estudiante	3105975289	No refiere	
9	Doris Mosquera Tavera		x	55	26313093							x	San Luis		Ama de Casa	3044493024	No refiere	
10	Ruth Duque Robles		x	54	5363308							x	San Luis		Ama de Casa	3002353963	No refiere	
11	Elfido Pechuzo Castro	x		49	91940452							x	San Luis		Oficios Varios	3023580990	No refiere	
12	Wilmer Montilla	x		52	1002043469							x	San Luis		Oficios Varios	3029784826	No refiere	
13	Jorge Luis Mesa Hernandez	x		24	1042093708							x	San Luis		Oficios Varios	3245557724	No refiere	
14	Gerardo Muñoz Sanchez	x		35	1022117725							x	San Luis		Oficios Varios	3214310494	No refiere	
15	Steven de Jesus Lopez R.	x		37	1036879094							x	San Luis		Oficios Varios	3201500739	No refiere	
16	Adrian Loaiza Arias	x		30	9737375							x	San Luis		Oficios Varios	3133204673	No refiere	
17	Gilda Garay Rivera		x	28	1039999296							x	San Luis		Ama de Casa	3164623669	No refiere	
18	Daniela Rivera		x	25	1090197501							x	San Luis		Ama de Casa	3054655229	No refiere	
19	Felix Garzon	x		90	13882299							x	San Luis		Oficios Varios	3143295398	No refiere	
20	Yenifer Megan Yepez		x	30	1042278002			x					San Luis		Ama de Casa	3143443077	No refiere	
21	Heriberto Miranda Agudelo	x		79	8790548							x	San Luis		Oficios Varios	No refiere	No refiere	
22	Yuri Sanchez Duque		x	24	1042275333							x	San Luis		Ama de Casa	3023783997	No refiere	
23	Jhoiver Acevedo Castillo		x	2	1042276733							x	San Luis		Menor	3023783997	No refiere	
24	Shaira Lisabel Castillo		x	5	1042275585							x	San Luis		Menor	3023983979	No refiere	
25	Alirio Camelo	x		74	3753282							x	San Luis		Oficios Varios	3023960287	No refiere	

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-DARA01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: JORNADA DE ATENCION INTEGRAL - ZONA RURAL

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: EQUIPO PIC

FECHA: 02 - JUNIO - 2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Elkin de Jesus Castaño M	X		53	15452101							X	San Luis		Of Varios	3003138384	No tiene	
2	Alfonso Hernandez B.	X		57	91432690							X	San Luis		Of Varios	3115337871	No tiene	
3	Yamel meza	X		71	13883647							X	San Luis		Of Varios	No tiene	No tiene	
4	Frantsi Maquea Alzate		X	30	43828788							X	San Luis		Ama de casa	3225347774	No Reporto	FRANKIARG
5	Hector Toledo S.	X		49	91443305							X	San Luis		Of Varios	3188564651	No Reporto	Hector
6	Elkin Alonso morales R.	X		38	3392740							X	San Luis		Of Varios	3136877364	No Reporto	
7	Maria Hilda Murcia T.		X	38	1042210791							X	San Luis		Ama de casa	3135835214	No Reporto	Maria Hilda
8	Helena Ramirez		X	76	1096244970							X	San Luis		Ama de casa	3132463661	No Reporto	Helena Ramirez
9	Mario Rendon		X	46	24828016							X	San Luis		Ama de casa	3142241952	No Reporto	
10	Reivis Daniel Arevalo	X		34	1096208362							X	San Luis		Of Varios	3176184362	No Reporto	
11	Nelson Fernandez G.	X		60	7253030							X	San Luis		Of Varios	3142290804	No Reporto	
12	Alberto Giraldo O.	X		61	75000503							X	San Luis		Of Varios	3133955102	No Reporto	
13	Mayo G. Scarpetta		X	89	26417411	X							San Luis		Ama de casa	3162403646	No Reporto	
14	Yeiron Navarro	X		74	57952782	X							San Luis		Of Varios	3003960087	No Reporto	
15	Luz Mery Grisales		X	21	1001815792							X	San Luis		Ama de casa	3163876105	No Reporto	
16	Patricia Lerma D		X	20	1042210076	X							San Luis		Estudiante	3113820399	No reporto	Patricia Lerma
17	Carolina Sanchez		X	14	1096806235							X	San Luis		Estudiante	3105915289	No reporto	Carolina S.
18	Irma Miranda		X	42	28488256							X	San Luis		Ama de Casa	3002025512	No Reporto	Irma Miranda
19	Pedro Cruz	X		50	88175526	X							San Luis		Oficios Varios	3507259019	No reporto	
20	Lina Guerra		X	39	1096184318	X							San Luis		Oficios Varios	3214409981	No reporto	Lina Guerra
21	Dayana Rojas		X	22	1005175838	X							San Luis		Ama de casa	3246703776	No reporto	
22	Fernando Castaño	X		25	1001915878	X							San Luis		Oficios Varios	3003138384	No reporto	Fernando C.
23	Alix Gaviria F		X	61	28404442							X	San Luis		Oficios Varios	NT.	No reporta	Alix Gaviria
24	Juan de Dios Lopez	X		64	91421968							X	San Luis		Oficios Varios	3046549998	No reporto	
25	Orlando Cocio F		X	55	91323153							X	San Luis		Oficios Varios	3044731324	No reporto	

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC 's y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO DEL MUNICIPIO DE YONDO ***

Jornada de Atención Integral

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	23/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

1267

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atención Integral - Barrio Porvenir

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC.

FECHA: 2/06/2024

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003-2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Alonso Hernandez Barrios	X		57	9143290							X		San Luis	Docente	3115337691	No tiene	
2	Daniel Meza	X		71	73883647							X		San Luis	Docente	ND	No tiene	
3	Alfonso Hernandez Bermudez	X		57	9143290							X		San Luis	Docente	311 337691	No tiene	
4	Franki Marquez Alzate		X	30	4382878							X		San Luis	Ama de Casa	3225347724	No tiene	
5	Hector Salcedo Sedano	X		49	9144330S							X		San Luis	Docente	3136534551	No tiene	
6	Elio Alonso Montes Ruiz	X		39	3392240							X		San Luis	Docente	3136579364	No tiene	
7	Maria Hilda Muñoz Tovar		X	38	1042270897							X		San Luis	Ama de Casa	3235235214	No tiene	
8	Helena Ramirez		X	26	1096240930							X		San Luis	Ama de Casa	3133463681	No tiene	
9	Maria Rondon		X	45	24428016							X		San Luis	Ama de Casa	3142241952	No tiene	
10	Dennis Daniel Arevalo	X		34	1096208362							X		San Luis	Docente	3176184363	No tiene	
11	Nelson Fernandez G.	X		60	7253030							X		San Luis	Docente	3142296854	No tiene	
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-IS-GAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	29/02/2024
Versión:	2
Páginas:	Pag 1 de 1

1264

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Brindar atención psicologica mediante modalidad del centro de escucha
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Mileidy Arroa - Psicologa.
FECHA:	02/ Junio /2024
DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 003-2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Noemi Castillo Rangel		X	27	1042213959		X						San luis		Ama de casa	3166213646		Noemi Castillo
2	Diana Vaquero		X	47	52770536		X						San luis.		Ama de casa	3104599881		Diana B
3	Dilia Mora Mosquera		X	40	39178855			X					San luis.		Ama de casa	3134040578		Dm
4	Yerson Alexander Gallardo	X		30	1042212961		X						San luis		Oficios Varios	3015702402		Yerson G.
5	Juan Carlos Lerma Quintana	X		35	1042211482		X						San luis		Oficios Varios	3227112642		Juan
6	Patricia Lerma Quintana		X	20	1042210076		X						San luis		Ama de casa	3118200379		
7	Erika geni		X	28	1096192001		X						San luis		Ama de casa	3184623669		Eluk
8	Daniela Ruiz Geni		X	25	1005179296		X						San luis		Ama de casa	3006466229		Daniela Ruiz
9	Mirley Quiroz		X	47	63433210							X	San luis		Ama de casa	3142436449		Mirley Quiroz
10	Santiago Quiroz	X		14	1096805501							X	San luis		Oficios Varios	3142436449		Santiago
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		
21																		
22																		
23																		
24																		
25																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguno de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Medellín
Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código	3-PE-GAC-[illegible]
Fecha de Aprobación	21/02/2024 1265
Versión	0
Página	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atencion Integral - Zona 1 Punto "Atencion medica"

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PSCCDS. 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC.

FECHA: 02/06/2024

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	FIRMA
1	Liliana Cadeza Galvis		X	37	1094249426	X							SLB	ND	Ama de casa	ND	ND	X
2	Angelica Rodriguez A.		X	42	21950782							X	SLB	ND	Ama de casa	3154126494	ND	X Angelica
3	Evelyn Sanchez Cinco	X		26	1096806235							X	SLB	ND	of Varios	3117908805	ND	X
4	Carlos J. Uribe	X		38	16045620	X							SLB	ND	of Varios	ND	ND	X
5	Lorelo Rivas		X	25	1096197201	X							SLB	ND	Ama de casa	3006466829	ND	X
6	Shaira Isabel Castillo		X	5	1042216586							X	SLB	ND	menor	3233183917	ND	X Shaira
7	Alirio Camelo	X		74	5755282	X							SLB	ND	Amayor	3003960087	ND	X Alirio camelo
8	Patricia Lerma A.		X	20	1042210076	X							SLB	ND	Estudiante	3113800399	ND	X Patricia S.
9	Alix Cardona E.		X	61	28404442							X	SLB	ND	Ama de casa	ND	ND	X Alix Cardona
10	Maria Hilda Mosquera T.		X	38	1042240791							X	SLB	ND	Ama de casa	3[illegible]5837241	ND	X Maria Hilda
11	Efren Pedroza Costa	X		49	8316550							X	SLB	ND	of Varios	3023676770	ND	X
12	Alonso Hernandez	X		57	91432690							X	SLB	ND	Of Varios	ND	ND	X
13	Mario Echeverry		X	89	26417411	X							SLB	ND	Amayor	3162405646	ND	X
14	Lina Cuesta		X	38	1096184316	X							SLB	ND	of Varios	3244080654	ND	X
15	Helena Ramirez		X	76	1096244970							X	SLB	ND	Amo de c	3132462661	ND	X Helena
16	Hector Toledo S.	X		49	85267714							X	SLB	ND	of Varios	ND	ND	Hector
17	Jhon J. Rodriguez V.	X	X	7	1042244884							X	SLB	ND	Menor	3183279[illegible]	ND	X
18	Julio Cesar Arboleda	X		79	9580826							X	SLB	ND	of Varios	3176852362	ND	Julio P
19	Jamel Mejia	X		71	15883647							X	SLB	ND	of Varios	3243268974	ND	X
20																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2 Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades Indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores

Elaboró: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO DEL MUNICIPIO DE MEDELLÍN ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	FPI-GAC-DAHC
Fecha de Aprobación:	2/05/2024 1266
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de atencion Integral Zona rural - odontologia

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 003 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo Pic

FECHA: 02-06-24

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	GENERO H	GENERO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Hector Salcedo Sanabria	X		49	91443305						X		V/San luis		Pescador	—	-	Hector Salcedo
2	Juan Jeronimo Galvis H.	X		8	1097202623						X		V/San Luis		estudiante	3118833981		Juan Jeronimo
3	Francisco Jose alvarado	X		61	91475265						X		V/San Luis		pescador	3017253888		Francisco
4	Brayan perez Heneo	X		7	1004726303						X		V/San Luis		estudiante	—		Brayan perez
5	EMManuel Andres Donado	X		1	1042216461						X		V/San luis		—	3219888647		Emanuel
6	Julio cesar piedrahita	X		79	3550826						X		V/San Luis		Pescador	3001910453		Julio cesar
7	Jhosuad Esneider castillo	V		2	1042216133						X		V/San luis		—	—		
8	Shaira Castillo Duque		X	5	1042265585						X		V/San Luis		Estudiante	302-3788977		
9	Bella Brisney Morales M		X	7	1042215099						X		V/San luis		Estudiante	3235855214		Bella Brisney
10	Alonso de jesus Hernandez	X		57	91082690						X		V/San luis		Pescador	—		Alonso de Jesus
11	Frankt Cilley Marque Alzate	X		56	938 28788						X		V/San Luis		Pescad.	—		Frankt
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC´s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIC, MUNICIPIO DE YONDÓ ***

1267

DIMENSIÓN SALUD PUBLICA EMERGENCIAS Y DESASTRES

TEMA

Taller educativo de trabajadores del sector salud para la socialización del reglamento sanitario y manejo de emergencias en los eventos de ETA (Enfermedades transmitidas por Alimentos) Y ALGORITMO DE dengue

LUGAR:

Auditorio Hospital Hector Abad Gomez

POBLACIÓN INTERVENIDA:

Trabajadores Hospital Hector Abad Gomez

RESPONSABLE:

Angelica Cujar - Enfermera jefe

Diana Paola Madrid Fajardo – Técnica en seguridad ocupacional

OBJETIVOS GENERAL DE LA ACTIVIDAD:

Capacitar al personal del Hospital Héctor Abad Gómez sobre el diagnostico, manejo y prevención del dengue clásico y grave, asimismo sobre la ruta para la prevención, atención y notificación de las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA) en articulación con las autoridades sanitarias del municipio de Yondó

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA ACTIVIDAD:

- ✓ Enseñar a los participantes a identificar signos y síntomas característicos del dengue clásico y grave
- ✓ Instruir sobre el manejo clínico del dengue
- ✓ Proveer conocimientos necesarios para reducir complicaciones severas y la mortalidad asociada al dengue mediante una gestión oportuna y adecuada
- ✓ Socialización del reglamento sanitario
- ✓ Brindar información sobre qué son las ETA, sus características, síntomas y su prevención
- ✓ Orientar a los funcionarios del Hospital Héctor Abad Gómez en la atención, notificación y acciones a ejecutar en caso de presentarse un evento de ETA o posible ocurrencia de esta

CONVOCATORIA

Se llevó a cabo una reunión de conciliación con la Subgerente del hospital, Carmen Rosa Correa Ardila, para coordinar el desarrollo de la presente actividad, donde se programó la intervención para el día 28 de junio, para aprovechar la jornada de capacitaciones dispuesta por el Hospital Héctor Abad Gómez.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Damos inicio al taller educativo siendo las 01:30 pm del día 28 de junio de 2024, se presenta la profesional y da inicio al taller con la divulgación del Reglamento Sanitario Internacional (RSI), mencionando que es un instrumento legalmente vinculante que cubre medidas para prevenir la propagación internacional de enfermedades infecciosas.

El RSI (2005) tiene como propósito y alcance prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias en el tráfico y el comercio internacional, a continuación, la profesional informa datos claves;

1. El RSI es de cumplimiento obligatorio en 196 países, incluidos los 194 miembros de la OMS.

1. El RSI requiere que los países designen un punto de enlace nacional para las comunicaciones con la OMS, de cara a establecer las capacitaciones centrales para la vigilancia y respuesta.
2. El RSI introduce importantes salvaguardas para proteger los derechos de los viajeros y otras personas en relación al tratamiento de datos personales, consentimiento informado y no discriminación en la aplicación de medidas de salud.
3. Los 196 estados han reportado indicadores del RSI en los últimos años.
4. La nómina de expertos establecida por el director general de la OMS bajo el RSI incluye más de 440 expertos.
5. 83% de los países de alto riesgo incluidos en el Índice de Gestión del Riesgo tienen planes de preparación inteligencias.

A continuación la profesional continua con una pregunta **¿Qué es una ETA?**, buscando empezar a interactuar con los asistentes y dar continuidad al tema, varios de los asistentes mencionan que las ETA son las enfermedades transmitidas por los alimentos, de esta manera la profesional informa que un brote de ETA es definido como un incidente en el que dos o más personas presentan una enfermedad semejante después de la ingestión de un mismo alimento, y los análisis epidemiológicos apuntan al alimento como el origen de la enfermedad.

Para que ocurra una ETA, el patógeno o sus toxinas deben estar presentes en el alimento. Sin embargo, la sola presencia del patógeno no significa que la enfermedad ocurrirá.

En la mayoría de los casos de ETA:

1. El patógeno debe estar presente en cantidad suficiente como para causar una infección o para producir toxinas
2. El alimento debe ser capaz de sustentar el crecimiento de los patógenos, o sea, debe presentar características intrínsecas que favorezcan el desarrollo del agente
3. El alimento debe permanecer en la zona de peligro de temperatura durante tiempo suficiente como para que el organismo patógeno se multiplique y/o produzca toxina
4. Otras condiciones extrínsecas deben prevalecer para que esta multiplicación y/o producción de toxina sea favorecida
5. Debe ingerirse una cantidad (porción) suficiente del alimento conteniendo el agente, para que la barrera de susceptibilidad del individuo sea sobrepasada

El profesional socializa y orienta a los funcionarios del Hospital Héctor Abad Gómez, las acciones a ejecutar en caso de presentarse un evento por ETA a continuación:

1. Verificar si presentan uno o varios de los siguientes síntomas: vómito, diarrea, fiebre, dolor abdominal, malestar general, entre otros. Identifique causas de ausentismo masivo (dos o más personas) relacionadas con los síntomas descritos.
2. Notificar de manera inmediata o en su defecto en menos de 24 horas a: Gerencia del Hospital Héctor Abad Gómez y Secretaría de Salud del municipio.
3. Registrar la información del paciente que presenten los síntomas descritos en el numeral anterior, con los datos: nombre, número de identificación, edad, grado, alimentos consumidos en el establecimiento educativo, hora de consumo, síntomas.
4. Mantener los alimentos posiblemente implicados refrigerados para su inspección y análisis por la entidad correspondiente. En caso de no contar

con refrigerador manténgalos protegidos en un lugar limpio, fresco, seco y seguro.

5. Facilitar la recolección de información del evento presentado (estudio de campo) realizado por las autoridades competentes.
6. Permitir a las autoridades locales, departamentales o nacionales de salud el desarrollo de la investigación del caso y el estudio de campo (toma de muestras de alimentos y agua para el análisis de laboratorio).
7. Acatar las indicaciones dadas por las autoridades sanitarias.
8. Ser responsable con la información compartida en los medios de comunicación y redes sociales.

Una vez la autoridad sanitaria haya recopilado toda la información concerniente a la Investigación Epidemiológica de Campo y se realicen todas las acciones de IVC (incluida la toma de muestras de alimentos y/o agua), se generarán, por parte de la Entidad Territorial de Salud, los respectivos informes epidemiológicos de 24, 48, 72 horas e informe final (30 días posterior al reporte del evento); este último contendrá la confirmación o descarte de la ETA y el origen de esta. Por lo anterior, la única información que la entidad de salud considere pertinente divulgar debe ser la contenida en el informe final por parte de la autoridad sanitaria competente.

Se da por terminada el taller educativo comunicándole al personal sobre la importancia de tener presente a la hora de preparar los alimentos, su almacenamiento, deben de ser áreas totalmente limpias, refrigeradas y los elementos para almacenar deben esta limpios y seguros.

Posteriormente la profesional de enfermería explica el Algoritmo de Dengue. La actividad se centró en la explicación del algoritmo de manejo del dengue según las directrices del Instituto Nacional de Salud (INS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Se abordaron temas clave como la sintomatología del dengue clásico y grave, el curso de la enfermedad, los cuidados, el manejo y las precauciones a tomar basadas en la gravedad de los síntomas.

Se explico a los asistentes que el dengue se divide en tres fases:

1. Fase Febril: Dura de 2 a 7 días con fiebre alta y síntomas no específicos.

2. Fase Crítica: Sucede al disminuir la fiebre. Aquí puede presentarse el dengue grave, con riesgo de complicaciones como el shock.

3. Fase de Recuperación: El paciente mejora, con reabsorción de líquidos extravasados y recuperación gradual de los órganos afectados.

La actividad finalizó con una sesión de preguntas y respuestas para aclarar dudas y reforzar el conocimiento sobre el manejo adecuado del dengue según las

1271

directrices mencionadas. Esta información es crucial para mejorar la capacidad de respuesta ante esta enfermedad y reducir su impacto en la salud pública.

RESULTADOS OBTENIDOS:

- ✓ Mejora de conocimiento referente al Reglamento Sanitario Internacional.
- ✓ Divulgación del objetivo principal de RSI.
- ✓ Ampliación de conocimientos en la Identificación de los síntomas presentados por las ETA y sus respetivas atenciones frente a la emergencia.
- ✓ Preparación en la atención a una emergencia presentada por ETA.
- ✓ Multiplicación de la información recibida en el taller educativo del reglamento sanitario y enfermedades transmitida por alimentos ETA.
- ✓ Los participantes adquirieron un conocimiento detallado sobre la sintomatología del dengue clásico y grave
- ✓ Los asistentes comprendieron las tres fases del dengue (febril, crítica y de recuperación) y la importancia de monitorear cada fase para prevenir complicaciones.

INDICADORES

Taller educativo de trabajadores del sector salud para la socialización del reglamento sanitario y manejo de emergencias en los eventos de ETA (Enfermedades transmitidas por Alimentos) Y ALGORITMO DE dengue.		
Programadas	**Realizadas**	**Pendientes**
1	1	0
100%	100%	0%

1272



ANÁLISIS

En el grafico se puede apreciar que de la actividad Taller educativo de trabajadores del sector salud para la socialización del reglamento sanitario y manejo de emergencias en los eventos de ETA (Enfermedades transmitidas por Alimentos) Y ALGORITMO de dengue se desarrolló el 100%.

1273

INFORME CUANTITATIVO

LUGAR	CANTIDAD
MEGACOLEGIO	46 personas
Total	**46 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	1 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	45 personas
Total	**46 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	11 persona
Mujer	35 personas
Total	**46 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	3 personas
27-50 AÑOS	32 personas
Mayor de 50 AÑOS	11 personas
Total	**46 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	46 personas
Rural	0 persona
Total	**46 personas**

1274

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS



ANGÉLICA CUJAR MORENO
Enfermera jefe

DIANA PAOLA MADRID FAJARDO
Tecnica en seguridad ocupacional

	GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO	Codigo:	F-PE-GAC-DAM-01
Municipio de Yumbo Antioquia		Fecha de Aprobación:	21/02/2024 1775
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	3
		Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	TALLER EDUCATIVO DE TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD PARA LA SOCIALIZACION DEL REGLAMENTO SANITARIOY MANEJO DE EMERGENCIAS EN LOS EVENTOS DE ETA, (Enfermedades Transmitidas por Alimentos) yALGORITMO DE DENGUE	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	Plan de Intervenciones Colectivas 003-2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	TEC. SEGURIDAD OCUPACIONAL		
FECHA:	28/06/2024		

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	HIMELDA ROMERO OSMA		X	40	63455101							X	Jose D Olivero3	ESEHHAG	Regente F	3123064837	farmacia e hospital [illegible]	
2	RAUL MONSALVE MORENO	X		52	91439335							X	V. K-10	ESEHHAG	Vacunador	3336[illegible]	[illegible]	
3	JUSTINIANO MENA MENA	X		60	4804861			X					B/vitario	ESEHHAG	Vacunador	3214287591	[illegible]	
4	ELIXBETH CHINCHILLA CHACON		X	35	1042211142							X	Bvictoria	ESEHHAG	Aux. Adm.	3144437277	[illegible]	
5	JHON JAIRO ZAPATA MURILLO	X		56	70186007							X	B/Gaitan	ESEHHAG	Vacunador	3217566772	[illegible]	
6	MAYERLYS ORTEGA		X	35	1042211284							X	B/Gaitan	ESEHHAG	Pscologa	3167134674	[illegible]	
7	VIVIANA CARDENAS SALINAS		X	40	43949483							X	Medellin	ESEHHAG	Asesora	NT	NT	
8	JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO	X		55	3558000							X	K-10	ESEHHAG	Gerente	3185296728	[illegible]	
9	DEIVIS STIVEN CAÑAS LOAIZA	X		36	1096193348							X	Bonanza	ESEHHAG	Tecnico S.	3046946227	[illegible]	
10	CARMEN ROSA CORREA ARDILA		X	40	37580392							X	Los Andes	ESEHHAG	Subgerente	3185385732	[illegible]	
11	JOHANA MILENA GARCIA CORDOVA		X	39	63556900							X	Gaitan	ESEHHAG	Bacteriologa	3133473744	[illegible]	
12	JENNYFER AVILA CARDONA		X	33	1096211072							X	Brisas	ESEHHAG	Aux. Enfer	NT	NT	
13	SONIA SMITH RANGEL F.		X	48	63516117							X	Central	ESEHHAG	Fisioterap	3148[illegible]	Fisioterap	
14	ALIX PRESEDE CONTRERAS		X	40	37579360							X	Aux Adm	ESEHHAG	Aux. Adm	3167[illegible]	[illegible]	
15	CAMILO GONZALES VILLAREAL	X		32	1096223065							X	Bonanza	ESEHHAG	Medico G	NT	NT	
16	TATIANA CHACON SANCHEZ		X	33	1096213346							X	B. Aires	ESEHHAG	Atencion U	3123828[illegible]	[illegible]	
17	CLARA INES JAIMES FLOREZ		X	58	63339853							X	25 de Enero	ESEHHAG	Aux. Adm	3138170037	[illegible]	
18	ANGELA PATRICIA RAMIREZ M		X	33	1042212276							X	B Brisas	ESEHHAG	Aux. Enf	3006479353	[illegible]	
19	AMANDA AIZALES		X	46	21950505							X	Naranjos	ESEHHAG	Portera	NT	NT	
20	PAULA ANDREA LEON		X	26	1096246574							X	Palmitos	ESEHHAG	Aux. Adm	3155559734	[illegible]	

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 4.Mujeres en gestacion. 5. Comunidades Indigenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC y Desarrollo Territorial	Aprobo: Secretario General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO TIC. MUNICIPIO DE YUMBO ***

Municipio de Yumbo Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PI-CAC-[illegible]-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	TALLER EDUCATIVO DE TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD PARA LA SOCIALIZACION DEL REGLAMENTO SANITARIO Y MANEJO DE EMERGENCIAS EN LOS EVENTOS DE ETA, (Enfermedades Transmitidas por Alimentos) yALGORITMO DE DENGUE	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	Plan de Intervenciones Colectivas 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	TEC. SEGURIDAD OCUPACIONAL
FECHA:	28/06/2024

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	MARGARITA SUAREZ BOHORQUEZ		X	46	50882153							X	ESE H.H.A.G.y.	ESHHAG	ODONTOLOGA	3115608544	[illegible]	M. Suarez
2	LINDA ROA CADAVID		X	29	1065895568							X	ESE H.H.A.G.	ESHHAG	AUX ENFERMERIA	3158862869	[illegible]	[illegible]
3	PAOLA MOSQUERA DELGADO		X	20	1001814822							X	ESE H.H.A.G.	ESHHAG	AUX ENFERMERIA	3007902373	[illegible]	Paola D.
4	UDIS DEL CARMEN VARGAS		X	61	37926605							X	ESE HHAG	ESHHAG	AUX FARMACIA	3118625376	[illegible]	[illegible]
5	ERIKA MARCELA QUINTANA QUINTERO		X	38	1096189648							X	33 J-110	ESHHAG	ENFERMERA	NT	NT	[illegible]
6	DIANA PATRICIA RUALES ROMERO		X	45	37721896							X	CSC 1 H HAG	ESHHAG	ENFERMERA	3153015[illegible]	[illegible]	[illegible]
7	NAYBE DEL SOCORRO CARDENA VILLEGAS		X	62	32000747							X	B/ progreso	ESHHAG	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	3132326829	No tiene.	[illegible]
8	BEILDA DEL CARMEN MONTIEL TOJAS		X	51	21950089							X	Progreso	ESHHAG	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	NT	NT	Beilda M
9	GUISELA PAULINA ROYET MEZA		X	41	37378246							X	Vereda x11	ESHHAG	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	3186902444	[illegible]	[illegible]
10	DIANA SALCEDO CARTAGENA		X	28	1042211542							X	Prado ESE	ESHHAG	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	3172184463	[illegible]	Diana Salcedo
11	MAIRA ALEJANDRA GARCIA SALCEDO		X	33	1065632723							X		ESHHAG	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	3128108888	NT	[illegible]
12	DARLIN ADRIANA DORIA TORRES		X	42	37575665							X	ESE HHAG	ESHHAG	PICOLOGA	3102452823	NT	[illegible]
13	CARLA ANDREA MEJIA ROJAS		X	35	1042498247							X	ESE HHAG	ESHHAG	MEDICA GENERAL	3213093254	[illegible]	[illegible]
14	ELIZABITH ANGELICA BELTRAN		X	37	1098857946							X	ESE HHAG	ESHHAG	MEDICA GENERAL	3117964225	[illegible]	[illegible]
15	MARIBEL BAÑOS RODRIGUEZ		X	43	45400575							X	ESC H.H.AG.	ESHHAG	AUXILIAR DE SERVICIOS GENERALES	3124972310	NT	[illegible]
16	JAMES GORDILLO		X	39	16534762							X	ESE H.H.A.G.	ESHHAG	MEDICO GENERAL	3186902444	[illegible]	[illegible]
17	MARELVIS JIMENEZ RODRIGUEZ		X	32	1096205249							X	S.M.T	ESHHAG	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	3214310258	[illegible]	[illegible]
18	EDILBERTO RAFAEL VARGAS TUIRAN	X		55	1557966							X		ESHHAG	AUXILIAR DE ENFERMERIA	NT	NT	[illegible]
19	WILSAON BADILLO CORTES	X		58	1557577							X	B. Cecilia	ESHHAG	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	3214491669	[illegible]	[illegible]
20	VESSICA VANEGAS BALAGUERA		X	28	1096223794							X	BO Paraiso	ESHHAG	AUXILIAR DE ENFERMERIA	3118227210	[illegible]	Vessica V

Condiciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazados, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestacion, 5. Comunidades indigenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboró: Secretaria de Gobierno	Revisó: Secretaria de Planeación TIC s y Desarrollo Territorial	Aprobó: Secretaria General y de Talento Humanos

	GESTION DE ATENCIÓN AL CIUDADANO	Código:	P-PS-GAC-DAM-01
Municipio de Envigado Antioquia		Fecha de Aprobación:	21/02/2024 1277
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
		Páginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	TALLER EDUCATIVO DE TRABAJADORES DEL SECTOR SALUD PARA LA SOCIALIZACION DEL REGLAMENTO SANITARIO Y MANEJO DE EMERGENCIAS EN LOS EVENTOS DE ETA, (Enfermedades Transmitidas por Alimentos) yALGORITMO DE DENGUE	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	Plan de Intervenciones Colectivas 003-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	TEC. SEGURIDAD OCUPACIONAL
FECHA:	28/06/2024

ítem	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	RENALDO ANTONIO DEL RISCO TABOADA	X		44	13851751							X	HHAS	ESHHAG	ODONTOLOGO	3122273125	[illegible]	
2	SHELCY YERALDIS HERNANDEZ JIMENEZ		X	24	1005181070							X	23 de Julio	ESHHAG	AUX ENFERMERIA	3046635041	—	
3	ALEXIS RODRIGUEZ SANCHEZ	X		28	1042213663							X	ESE H.H. A. Gomez	ESHHAG	PORTERO	3115804996	[illegible]	
4	LUIS EDUARDO ORTIZ ORTIZ	X		29	1098766714							X	Bavaro 1/9	ESHHAG	MEDICO GENRAL	NT	NT	
5	GLEIYS BIBIANA MARTINEZ DIAZ		X	38	37558159							X	Obrera 3	ESHHAG	BACTERIOLOGA	3229639588	[illegible]	
6	SILVIA HELENA CUJAR RIVERA		X	62	21940496							X	Colonia SR	ESHHAG	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	3022798442	[illegible]	
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenecer a ninguna de las anteriores.

Algoritmo para Atención Clínica
Casos de Dengue y Dengue Grave



Criterio de alta todos los siguientes deben estar presentes

•Ausencia de fiebre por 48 h •Incremento del conteo de plaquetas •Hematocrito estable sin líquidos intravenosos •Mejoría del estado clínico •Ausencia de distres respiratorio

PARA RECORDAR:

- Es obligatorio llenar la ficha de notificación individual de casos y hacer notificación inmediata de todo caso probable de dengue grave o de muerte por dengue al SIVIGILA.
- En la fase febril no es posible reconocer si el paciente va a evolucionar a la curación espontánea o a un cuadro de dengue grave, con choque o grandes hemorragias.
- El 100% de los casos probables de dengue grave y probables de mortalidad por dengue deben ser confirmados serológica y/o virológicamente por laboratorio. A todo caso probable de muerte por dengue se le debe tomar además de suero, muestra de tejido.
- Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y los Salicilatos (Aspirina) están contraindicados en pacientes con dengue.
- No se debe utilizar ningún medicamento por vía intramuscular.
- Diarrea debe ser considerada para manejo de segundo y tercer nivel, no se debe utilizar intravenosas, ni en niños, y se debe informar riesgos al paciente o al familiar.
- Los pacientes con dengue grave deben ser atendidos en un lugar donde reciban cuidados intensivos, para el manejo inicial debe hacerse desde el nivel en el que consulte.
- Los pacientes con choque por dengue deben ser monitoreados frecuentemente hasta que el periodo de peligro haya pasado. Debe mantenerse un cuidadoso balance de todos los líquidos que recibe y pierde.

www.ins.gov.co www.paho.org www.minproteccionsocial.gov.co