Se entregaron 1,000 preservativos Manuel. 120

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander
Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024
LUGAR: I.E. Normal Superior Mª I.
MUNICIPIO SEDE: Caicedonia
HORA INICIO:
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Juan Manuel Rivera - Lina Velásquez

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 ANOS	EDAD: 13-17 ANOS	EDAD: 18-29 ANOS	EDAD: 30-59 ANOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Juanita Amaris F.	1192464943	3022990788	Sura	Juanita	A.H Santander	X				X					X			
Sarah Angarita E.	1115189489	3128304380	Sura	Sarah An	H santander	X				X					X			
Nicol Sanchez Valery Garavito S.	1031143210	3154245403	salud Total		H santander	X				X					X			
Angela Ardila g.	1115187074	3217436607	Nueva eps	Angela	H santander	X				X					X			
Alzate Andres felipe Perea A.	1115190252	322 6599 777	Nueva EPS		H santander		X			X					X			
Juan Esteban Huertos	1088877624	3024562356	Sura		H santander		X			X					X			
Juan sebastian R.	1115576966	3128999429		Juansebastian	H santander		X			X					X			
Daniel felipe Forero P.	1115189244	3185501785	ponal	Daniel	H santander		X			X					X			
					H santander													

95

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024
LUGAR: I. E. Normal Superior Mª Inmaculada
MUNICIPIO SEDE:
HORA INICIO:
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Juan Manuel Rivera – Lina Velásquez

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Madelis cralona toro	1120956100	3218901261		Mabelis	H santander	X				X					X			
sebastian neira nieto	1119186455	3214956452	emmsanar	Sebastian	H santander		X			X					X			
Ashly Rocales Alvarez	1180464288	3105723926	emmsanar	Ashly	H santander	X				X					X			
FABian stiven pico Ariza	1099548743	372 273548	nueva eps	FABian pico	H santander		X			X					X			
Yulian smith Jimenez	1115189414	3244136638	Nueva EPS		H santander		X			X					X			
Joan Manuel Diaz Moreno Cereos	1.044420005	3112307247	Nueva EPS	Joan M	H santander		X			X					X			
Juan Andrés Piedrahita	1115189503	N EPS.	N EPS.	no pudo firmar	H santander		X			X					X			
Matías Caicedo	1109549376	3137878169	coomeva	Matías	H santander	X				X					X			
Matías López	1115.184.660	3164881123	NUEVA EPS		H santander		X			X					X			

9.02

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024
LUGAR: I. E Normal Superior Mª Inmaculada
MUNICIPIO SEDE:
HORA INICIO:
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Juan Manuel Rivera - Lina Velásquez

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBTI	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Johan Cano	1115797677	3737778532	N EPS		H Santander		X			X					X				
Ana María Figueroa	1115797709	3275838864	N EPS	Ana Soto	H Santander	X				X					X				
Xamara Arboleda Gamez	1113482106	3105272737	N EPS	Xamara Arboleda	H Santander	X				X					X				
Lucas Betancour	1190464226	3156057484	Emss	Lucas	H Santander		X			X						X			

6-02

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander
Trabajando por tu Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024
LUGAR: I. E. Normal Superior Mª Inmaculada
MUNICIPIO SEDE:
HORA INICIO:
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Juan Manuel Rivera - Lina Velásquez

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Sebastian Mojica	1115191481	3114012944	NEPS	sebastian	Hsantander		+			X				X				
Luciana Cortes Muriel	1115191453	3117828639	emssana	Luciana	Hsantander	+				X				*				
Chaira Sofia Rodriguez	RC. 1307201	3168114543	N EPS	Shayra	Hsantander	X				X				X				
Sofia Jimenez Castañeda	1115190966	3144601819	N EPS	Sofia	Hsantander	X				X				X				
Maria Jose Pelaez	1113482119	3108253940	N EPS	Maria Jose	Hsantander	X				X				X				
Santiago Cruz Torres	1115190371	3156835250	N EPS	Santiago	Hsantander		X			X					X			
Santiago Diaz Suarez	1115190764	3176569749	Emss	Santiago Alvarez	Hsantander		X			X				X				
Maria Angel Herrera Alvarez	1112055812	3184687476	Emss		Hsantander	X				X					X			
Matias Bedoya Guevara	1115191674	3014321813	Ems	Matias	Hsantander		X			X				X				
Cristian Camilo Balcazar	1113067487	3184072028	Emss	Christian	Hsantander		X			X				X				

602

Alcaldía Municipal de Caucasia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024
LUGAR: I.E. Normal Superior Mª Inmaculada
MUNICIPIO SEDE:
HORA INICIO:
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Juan Manuel Rivera — Lina Velásquez

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBI	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Sebastian Lizarazo M	1.747.726773	3746949099	Emss		#Santander		+			X					X				
Allezandro franco Rendón	7775797957	3746242995	Emss	Alejo	#Santander		+			X					+				
Alisson Dahiana Diaz	1115191165	3748642760	emssan	Alisson	#Santander					X					+				
Salomé Dominguez	775790665	3145594772	Emss	Salomé	#Santander	X				X					X				
Melany Hernandez	1115191445	3742028137	N EPS	Melany	#Santander	X				X					X				
Sara Gomez Florez	1115191866	3748383738	emsanor	Sara Sofia	#Santander	X				X					X				
Walter Simón Herrera	7059208656	3145890367	N EPS	Walter	#Santander		X			X						+			
Samuel David Tarazona	1070467852	3734540638	N EPS	Samuel tarazona	#Santander		X			X					X				
Emanuel Santa cruz	1109928641	3772624008	Emss	Emanue santacruz	#Santander		X			X					X				
Samuel ceballos	7775790706	3226477629	N EPS		#Santander		X			X					+				

602

Alcaldía Municipal de Caicedonia | Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander Caicedonia - Valle
Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024
LUGAR: I.E. Normal Superior Mª Inmaculada
MUNICIPIO SEDE:
HORA INICIO:
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Juan Manuel Rivera – Lina Velásquez

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Isabela Ángel Bengifo	1115186306	3206932001	Emssanar	Isabela	Hsantander	X				X					X			
Kevin Andres Vinasco	1115186329	3214095833	Nueva EPS	Kevin	Hsantander		X			X					X			
Michel dayana Carcedo	1115184674	3234726455	emssanar	Michel dayana	Hsantander	X				X						X		
Heidy Camila Cuellar D.	1115184685	3235275268	Emssanar	Heidy Camila	Hsantander	X				X						X		
Evelyn Dahiana Orrego	1115187213	3145382897	Salud militar	Evelyn Orr	Hsantander	X				X					X			
Natalia Barón Inga	1115358901	3103795594	emssanar	Natalia B.	Hsantander	X				X					X			
Juan José Hernández	1115186197	3207524622	Nueva EPS	Juan	Hsantander		X			X					X			
Jerdinna Fino Velásquez	1115186477	3152241279	Famang	Jerdinna Fino V.	Hsantander		X			X					X			
Xiomara Monroy Cortes	1112401243	3117319121	S.O.S Confandi	XiomaraMC	Hsantander	X				X					X			
Laura Sofia Carmona	1115186855	3233712000	Nueva EPS		Hsantander	X				X								

77.02

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024
LUGAR: I. E. Normal Superior Mª Inmaculada
MUNICIPIO SEDE:
HORA INICIO:
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Juan Manuel Rivera – Lina Velásquez

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Juan Esteban Restrepo M	1115784876	3226418676	Nuevaeps		Santander		X			X						X		
María Camila Sánchez	1121204471	3245849249	Sanitas		Santander	X				X					X			
Kevin Buitrago Henao	1115185921	3116023972	Ensanar		Santander		X			X					X			
Ana Sofia Largo Q	1033183337	3117058815	Univalle		Santander	X				X					X			
Juan David giraldo.	1115187000	3103853486	Ensanar		Santander		X			X					X			
Didier Mauricio Berrio	1115186253	3208764544	Nueva EPS		Santander		X			X					X			
Sebastian Berrio F	1092851132	3133391211	Cosmitet		Santander		X			X						X		
Angie Alejandra Pano Londoño	1115786573	3506732821	Ensunar		Santander	X				X					X			
Alejandro Soto Cruz	1115186473	3229143263	Ensanar		Santander		X			X					X			
Maick Alejandro Mejia	1115186772	3206087833	Nueva EPS		Santander		X			X					X			

7702

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia y Valle — Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024
LUGAR: I. E. Normal Superior Mª Inmaculada
MUNICIPIO SEDE:
HORA INICIO:
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Juan Manuel Rivera — Lina Velásquez

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBTI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 ANOS	EDAD: 13-17 ANOS	EDAD: 18-29 ANOS	EDAD: 30-59 ANOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Valeria Gonzalez Serna	1115187041	3215708181	N.E.P.S	Valeria G.S.	HSantander	X				X					X			
Mateo Mira Uribe	1113861400	3213592640	salud total	Mateo	HSantander		X			X					X	X		
Karol Castaño M	1115185474	3160532785	Nueva E.P.S	Karol C	HSantander	X				X								
Kelly Jhoana alvarez	1115185290	3202038545	emssanar	Kelly Jhoana	Hsantander	X				X					X			
Laura Valentina C	1054475334	3166578226	Sura		HSantander	X				X						X		
Maria Camila Rios Torres	1115186748	3135371981	Emssanar		Hsantander	X				X					X			
Ashley Saed Velasquez	1115185965	3233862180	N.E.P.S		HSantander	X				X					X			
Valeria Muñoz M	1110043386	3103941025	Nueva Esp	Valeria M.	Hsantander	X				X					X			
Karen Lopez	1111671812	3226768152	Sura	Karen L	HSantander	X				X					X			
David Parra	1115516124	3218475823	Emssanar	David	HSantander		X			X					X			
Sara D. Iglesias	1054701428	3233463708	Emssana			X				X			X		X			

11-02

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia · Valle — Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024
LUGAR: I. E. Normal Superior Mª Inmaculada
MUNICIPIO SEDE:
HORA INICIO:
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Juan Manuel Rivera — Lina Velásquez

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Estefania Bravo B.	1145867494	3183075855	Nueva EPS	Estefania B	H.Santander	X				X					X			
Camila Osorio Gómez	1115187417	3117031775	SOS	Camila O	H.Santander	X				X					X			
Mariana Lopez G	1115576184	3026940894	Emsanar	Mg	H.Santander	X				X			X		X			
Andrew Leonel G.	1151889148	3247579688	NuevaEps		H.Santander		X			X			X	X	X			
Santiago Londoño Alvarez	1040279381	3128247172	Nueva EPS		H.Santander		X			X			X	X	X			
Jhon Fredy Giraldo	1115185495	3131817088	Nueva EPS		H.Santander		X			X					X			
Samel Guerrero	1122677970	3135824196	emsanar		H.Santander		X			X					X			
Sara Toro	1115188300	3106673971	Emssanar		H.Santander	X				X								
					H.Santander	X												
					H.Santander													

70-01
70-02

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024
LUGAR: I. E. Normal Superior Mª Inmaculada
MUNICIPIO SEDE:
HORA INICIO:
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Juan Manuel Rivera – Lina Velásquez

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Rodrigo Andres Avila	1125187188	3205767391	Previsora		H Santander		X			X						X			
Pablo Emilio V. G.	1115186488	3218133810	Sura	Pablo	H Santander		X			X						X			
Mariana Castro M	1115187314	3189254913	emssanar	Mariana C.	H Santander	X				X						X			
Sebastian Giraldo N	1115576606	3147378018	N eps	Sebastian G.	H Santander		X			X						X			
Anthony Sanchez Q	1115187786	3206239734	Nueps	Anthony	H Santander		X			X						X			
Karol Dayana Pascue M	1115187126	3167031138	N eps.	Karol Dayana	H Santander	X				X						X			
Sara Jimenez Cantrales	1092854009	3103512991	Saludcoop	Sara Jimenez	H Santander	X				X						X			
Luis Miguel Arevalo Cueva	1115187573	3153558024	N eps.	Luis Miguel	H Santander		X			X						X			
Andrea Juliana Tabares M.	1115184158	3136368999	emssanar	Juliana Tabares	H Santander	X				X							X		
Ana Maria Velez V.	1124292486	3127770939	Nueps	Ana Velez	H Santander	X				X							X		

70 – 07
70 – 02

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia - Valle — Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024 | LUGAR: I. E. Normal Superior Mª Inmaculada | MUNICIPIO SEDE: | HORA INICIO:

FACILITADOR: Juan Manuel Rivera — Lina Velásquez | HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDÍGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBTI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Julian A. YATE Londoño	1152857294	3126565497	Nueva EPS		Santander		X			X					X			
Jesus A Marquez Suarez	3442890	3164501820	Nueva Eps	Jesus Marquez	Santander		X			X					X			
Julissa Giraldo	1115187422	3217416838	Nueva EPS		Santander	X				X					X			
Daniela Cardona	1115187100	3137478710	Nueva EPS	Daniela	Santander	X				X					X			
Sebastian Giraldo	1115185925	31[illegible]	Nueva Eps		Santander		X			X					X			
Samuel Arcila Leon	1.115.188.143	3114363124	Sanitas		Santander		X			X					X			
Seyi Alejandra B.	1.059.701.156	3193538122	A1C	Seyi	Santander	X				X					X			
Alecsa melo C	1120561321	3105748572	Nueva eps	Alecsa mc	Santander					X					X			
Alexandra Muñoz	1.115.187.195	3217166233	nueva EPS	Alexandra M.	Santander	X				X					X			
juan jose ORTIZ M.	1.115186937	3104601700	Sura	juan jose	Santander		X			X					X			

70 - 07
- 70 - 02

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia - Valle — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024
LUGAR: I. E. Normal Superior Mª Inmaculada
MUNICIPIO SEDE:
HORA INICIO:
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Juan Manuel Rivera — Lina Velásquez

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBTI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Isabela Lopez mosquera	1107059448	3158455108	nueva eps	Isabela	H Santander	X				X					X			
Maria Alejandro Zambrano	1.062.294.684	3178680834	emssanar	Maria Alejandra	H Santander	X				X					X			
Miguel Angel Suarez C.	1112400155	3238107448	S.O.S	Miguel A.	H Santander		X			X		X			X			
Valeria Paola Torres	1.094981163	3107284609	Nueps	Valeria torres	H Santander	X				X					X			
Nicol Dayana cestero	1.115.787935	3233547478	nueva EPS	Nicol R	H Santander	X				X					+			
Tatiana Michel Gonzalez	1088281310	3162734711	S.O.S	[illegible]	H Santander	+				+					+			
Maria Juana Acevedo	1115187146	3186379865	emssanar	Juana A	H Santander	X				X					X			
Brenda Viviana Ronquillo	1127210013	3215715760	Nueva EPS	[illegible]	H Santander	X				X					X			
Dahiana Puerta	1115186804	3219523800	nueva EPS	Dahiana	H Santander	X				+					+			
Laura Camila Cabrejo	1115187720	3160360118	Nueva EPS	Laura C.C.	H Santander	X				X					X			

70-07
70-02

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 23-09-2024
LUGAR: I. E. Normal Superior Mª Inmaculada
MUNICIPIO SEDE:
HORA INICIO:
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Juan Manuel Rivera — Lina Velásquez

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBTI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Juan Diego Giraldo	1115187447	3233336797	La nueva	Juan Diego	Hsantander		X			X					X			
Andrew Aguiar Gonzalez	1115187912	3225378470	Sanar	Andrew A.G	Hsantander		X			X					X			
Maria Fernanda Vasquez	1195213108	3215933342	La nueva	Maria Fernanda	Hsantander	X				X					X			
Nicole Dahanna Castaño	1117353010	3105065244	Neps	Nicol Castaño	Hsantander	X				X					X			
Manuela Rodriguez	1115186623	3105121907	neps	Manuela	Hsantander	X				X					X			
Maria Paula Monsalve	1107058053	3142885238	La nueva EPS	Maria P.	Hsantander	X				X					X			
Juan Esteban Villegas	1115186219	3175206664	la nueva EPS	Juan	Hsantander		X			X					X			
Yeyson clavijo	1087812511	3233649388		Yeyson	Hsantander		X			X					X			
Mayol Restrepo B	1112272020	3143663691	La nueva EPS	Mayol	Hsantander		X			X					X			
Dayana Diaz H.	1072920818	3222053231	Famisanar		Hsantander	X				X					X			

70-07
70-02

11-2 Charlas salud y sexualidad reproduct. N. planificación total 354 N° 490 bolivariano.

Alcaldía Municipal de Caicedonia | Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 19-sep-2024	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Ana Marcela Agudelo B.	1.115.187.273	3043505262	Nueva EPS	ana Marcela	T.E.B	X				X					X			
Karol Tatiana Castaño Garay	1.115.187.174	3015368473	N EPS	Karol Tatiana	I.E.B	X				X				X	X			
Natalia Jaramillo S.	1115191738	3053629362	Nueva EPS		I.E.B	X				X					X			
Zharichk V. Bermudez B.	1'021.671831	3228144094	Emss	zharichk bermudez	I.E.B	X				X						X		
Santiago Restrepo R.	1115185224	3228794216	NUEVA EPS	Santiago Restrepo	I.E.B		X			X	X				X			
Isabella Alvarez Jaramillo	1115186282	3215575926	sura	Isabella A.	I.E.B	X				X					X			
Andrea Zapata Sandoval	1115186220	3207491807	Emsanar	Andrea	I.E.B					X					X			
Hanna Paola Mejía Galviz	1087127791	3132841075	Sanitas	Hanna Paola Mejía	I.E.B	X				X			X		X			
Juan Carlos Morales L.	1115576211	3232930422	seguro de la Policía	Juan Carlos	I.E.B		X			X					X			
Alejandro Balcero V.	1111672671	3108204973	Nueva EPS	Alejandro	I.E.B		X			X					X			

11-2

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 19-Sep-2024	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (gitana) OTRO		MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA		0-12 ANOS	13-17 ANOS	18-29 ANOS	30-59 ANOS	60 A MAS AÑOS
Juan Camilo Acosta G.	1.115.186.305	3104662753	Nueva EPS	Juan Camilo	I.E.B		X			X								X			
Luisa Fernanda Gomez	1115184823	31277933555	Nueva ESP	Luisa Fernanda	I.E.B	X				X									X		
Brikny Dahiana Castiblanco M.	1115358804	3144803899	emss	Brikny	I.E.B	X				X								X			
Nicol Dahiana Serrano	1115.185836	3127013221	N°EPS	Nicol	I.E.B	X				X								X			
Juan Jose Patiño	1115186419	301 1805657	emss		I.E.B		X			X								X			
Mariana Quiroz	1115185893	3127991404	Emssanar	Mariana Q.	I.E.B	X				X								X			
Maria Jose Raigoza	1115185803	3215598742	Emssanar	Maria Jose	I.E.B.	X				X								X			
Juan Quintero	1021372669	3077807446	Salud total	Juan Quintero	I.E.B		X			X									X		
Samuel Castro Avistrizabal	1115186768	3206209373	Salucoop	Samuel Castro	I.E.B		X			X								X			
Samuel Gutierrez G.	1023377649	3028234955	Compensar	Samuel Gutierrez	I.E.B.		X			X								X			

11-2

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia - Valle — *Trabajando por la Salud !*

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 19-sep-2024	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

						SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (gitana) OTRO		MUJER CABEZA	LGBI DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Nicole Narvaez Aguirre	1115186242	3114363130	Emsanar	Nicole Narvaez	D.I.E.B	X				X							X			
Sofia Muñoz Arenas	1115186339	3128167510	Nueva EPS		I.E.B	X				X							X			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 18-sep-2024 | LUGAR: I.E. Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia -Valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12 pm.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (aitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 ANOS	EDAD: 13-17 ANOS	EDAD: 18-29 ANOS	EDAD: 30-59 ANOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Miguel Angel Suarez C.	1112400155	3238707948	S.O.S	Miguel A.			/			/					/			
Dahiana Puerta	1115186809	3219523800	nueva eps	Dahiana.		/				/					/			
Maria Juana Acevedo	1115187116	3186379806	Emssanar	Juana		/				/					/			
Brenda Viviana Ronquillo	1127210013	3215715760	Nueva EPS			/				/					/			
Samuel Guerrero	1122672970	3135824196	emssanar				/			/					/			
Daniela Cardona C.	1115187100	3137478710	Nueva EPS	Daniela		/				/					/			
Juliana botero diaz	1115186027	3235243017	Nueva EPS	Juliana		/				/					/			
Lizeth Fernanda G.	1115186833	3052600381	Nueva EPS			/				/					/			
Santiago Ramirez	1115184339	3102843673	Nueva EPS				/			/					/			
Cristian Camilo Vivero	1115186115	3157587326	Emssanar				/			/					/			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia - Valle — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 17 sep - 2024 | LUGAR: I. E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - Valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Jhon Fredy Giraldo A.	1115188495	3132819088	Nueva EPS				X			✓					X			
Alexandra Muñoz Rosas	1115 195 187	3217166253	NUEVA EPS	Alexandra M.		X				✓					X			
Andrew Jeonel G.	1115188448	3247577288	Nueva EPS			✓				✓								
Maria Jose Echavarria	1115487089	3201835794	Nueva EPS	Maria J		X				✓					X			
Liseth Vanessa Gonzalez	1115185264	3208026180	Emssanar	Vanessa G.		X				✓								
Valeria Bolaños Sanchez	1115186235	3135473033	Emssanar	Valeria Bolaños		X				✓					X			
Sara Elizabeth Amorlegui	1.115.186.198	———	Sura creo	Sara A.		✓				✓								
Nicol Hoyos	1.115.186.379	3157276158	Sura			✓				✓								
Valeria Henao	1115.185.291	3166321971	Nueva	Valeria.		X				✓					X			
Jacobo Feria J.	1094907599	3146297577	Nueva				X			✓					X			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia · Valle — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 17-sep-2024 | LUGAR: I. E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Isabela Ángel Restrepo	1115186306	3206932301	Emssanar				/				/					/		
Michel dayana caicedo	1115184614	3234725955	emssanar	Michel dayana			/				/					/		
Jerónima Fino V.	1115186477	3152241239	Famag	Jerónima Fino V.			/				/					/		
Xiomara Monroy C.	1112401243	3117317121	Sos comfam	Xiomara M.C		/					/					/		
David Alberto García	1150684236	3148741024					/				/					/		
Angie Alejandra Coro L.	1115186573	3506132827	Emssanar			/					/					/		
Maick Alejandro	1115186772	3206087833	Nueva EPS				/				/					/		
Mateo Mira V.	1113861400	3215926940	salud total				/				/					/		
Camila Castro	1115185601	3225949153	Emssanar			/					/					/		
Valeria Muñoz M.	1110043386	3103941025		Valeria M		X					/				X			

104

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander
Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 17-sep-2024 | LUGAR: I.E normal superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia-valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | Semilleros. 9° | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Valeria Orofre R.	1115186184	3176660613	Neva EPS	Valeria	H santander		✓				✓					✓		
Liz Eileen Portilla Salinas	1115185385	3145477560	Nueva EPS	Liz	H-santander		✓				✓					✓		
Daniela Veléz Montes	1115183646	3232868254	Nuevaeps	Daniela	H. santander		✓				✓				✓			
Julian Esteban Gutierrez. D	1115187107	3147219298	Nueva eps	Julian	H santander		✓	✓			✓				✓			
Brayan Pineda	1104449404	3133065574	Nueva EPS	Brayan P	H santander.		✓	✓			✓				✓			
María José Arboleda Q.	1115187227	3116749231	sanitas ~~Bancolombia~~		H-Santander		✓				✓				✓			
Luisa Fernanda VillaC.	1033650253	3205704664	Nueva EPS	Luisa F.	H-Santander		✓				✓					✓		
Julian Esteban O.	1115186958	3216589283	comfenalco	Julian	H-Santander.		✓	✓			✓					✓		
Estefano Valencia A	1115186991	3162678	Sura	Estefano	H-santa.		✓				✓					✓		
Camilo Herrera	1115185049	3217689983	nueva eps	camilo	Hsantander		✓	✓			✓					✓		

104

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 12-sep-2024 | LUGAR: I. Enormal superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - valle | HORA INICIO: 7 cm

FACILITADOR: Semilleros | HORA DE TERMINACION: 12 pm.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 ANOS	EDAD: 13-17 ANOS	EDAD: 18-29 ANOS	EDAD: 30-59 ANOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Elizabeth M.	1.115187827	3105154019	Nueva EPS	Elizabeth Mendieta	H. santander		/				/				/			
Santiago David M.	1025536609	3160481673	Suma Contributivo	Santiago	H. santander		/				/				/			
Marlon David Giraldo	1098347413	3126454066	Nueva EPS	Marlon David	H santander		/				/				/			
Yiseth Stelcy Isaza	1115.189.280	3206342347	Nueva EPS	Yiseth Isaza	H. santander	/					/				/			
Nicol Bedoya medina	1.115.187.656	3205717383	Emssanar	Nicol B. M.	H. santander.	/					/				/			
Robertinas Medina	53733326	3216601518	Emssanar	Robertinas M.	H. santander.		/				/				/			
Victoria Velez Hernandez	5194115	3122387874	Cosalud	Victoria Velez	H. santander	/					/				/			
Karol Guzmán Rios	1.115.187.948	3234186082	Casur	Karol Rios.	H. santander	/					/				/			
Juan José Tapasco A	1115186944	3126866933	Emssanar	Juan José T.A	H. santander.		/				/				/			

101

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia - Valle — Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 17-Sep-2024 | LUGAR: I.E Normal Superior. | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - valle | HORA INICIO: 7 am | HORA DE TERMINACION: 12 pm.

FACILITADOR: Semilleros

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Jhon Alexander Moreno Rubiano	1115.185.970	3206662116	nueva EPS		H-Santander		✓			✓					✓			
Sergio Pineda Restrepo	1.115.187.948.	3148666503	Nueva EPS	Sergio R.	H Santander		✓			✓					✓			
Karen Juliette Cifuentes Garzon	1042458171	3172373777	Nueva EPS		H-santander		✓			✓					✓			
Laura Camila Perez Rojas	1115786497	3226787876	Sura		H-Santander		✓			✓					✓			
Michel Dahiana Cifuentes Garzón	1042458172	3164553296	Nueva Eps	Michel d.	H-Santander		✓			✓					✓			
Nicol Dayana Cano Sepulveda.	1115188013	3234766865	Nueva eps	Dayana C.	H-Santer		✓			✓					✓			
Michel Samara Bahot Sanchez	1175716213	3233463176	NuevaEPS	Michel B	H-Santander		✓			✓					✓			
Gabriela Posada landazo	1175187650	3165448227	NuevaEPS	Gaby	H-Santander		✓			✓					✓			
Miguel Angel Giraldo Tabares	1029682842	3217457275	Nueva eps		H Santander		✓			✓					✓			
Luis Edvardo Rodriguez Quelal	1115186715	3146258966	Nueva EPS	Luis E.	H-Santander		✓			✓					✓			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 17-Sep-2024	LUGAR: I.Enorma/Superior	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - Valle	HORA INICIO: 2 pm
FACILITADOR:		Semilleros	HORA DE TERMINACION: 12 pm.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBTI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O)	CONDICION: VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Yan Carlos Velez	1096671013	3216645897	N-EPS	YanCarlos	H. Santander		✓			✓						✓			
Juan Jose Bedoya C.	1106574129	3233463762	emss	JuanBedoya	H. Santander		✓			✓						✓			
Estefania Vargas Posada	1034298185	3212849239	Nueva EPS	Estefa.V.P.	H-Santander	✓				✓						✓			
Danna alejandra Calderón	1080184109	313 3249509	Sanitas	Danna	H. santander	✓				✓						✓			
Michel Samara Mazo	1115187364	3233647732	Ensanar	Michel Mazo	H. Santander	✓				✓						✓			
Taiana Lopez G.	1115188002	3215546743	Nuevaeps	Taiana L.	H. Santander	✓				✓						✓			
Jesus David Lopez	1115187566	3169566158	Nueva eps	Jesus David	H. Santander		✓			✓						✓			
Salome Londoño M.	1115187486	3219857282	SUIA	Salome	H. Santander	✓				✓						✓			
Fabian Andres perez	1115.187.367	3205978098	Nueva EPS	Fabián	H. Santander		✓			✓						✓			
Miguel Angel cifuentes gaviria	1111479955	312686 1761	Emssa-har	Miguel Angel.	H. Santander		✓			✓						✓			

101

Alcaldía Municipal de Caicedonia | Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 17 - Sep - 2024	LUGAR: I.E normal superior	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - valle	HORA INICIO: 7 am
FACILITADOR:		Gemilleros.	HORA DE TERMINACION: 12 PM

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (ailana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Andres Felipe Tovo L.	1115787426	3232977503	Nueva Eps	Felipe	H. Santander		✓				✓				✓			
Duver Andres Paz	1141534411	3246140758	Nueva EPS	Andres.	H. Santander		✓				✓				✓			
Jeferson Andrey Sanchez	1053682600	3115285939	Nueva eps	Jeferson	H. Santander		✓				✓					✓		
Kevin Alexandro Bedoya V.	1115188509	3104176183	Emmsanar	KevinB.	H. Santander		✓				✓					✓		
Camilo Bolivar	1115185699	3127780103	nueva eps	CBB	H. Santander		✓				✓					✓		

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 10-sep-2024 | LUGAR: I.E normal superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia-Valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | Semilleros. Grado 8. | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDÍGENA	ETNIA: ROM (gitana)	ETNIA: OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA FLIA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O)	CONDICION: VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
David Rueda Davila	1115876124	3218473823	Emsanar	David	H. Santander		/				/							/			
Santiago Moreno Ortiz	1115183014	3176224437	Emssanar	Santigo	H. Santander		/				/							/			
Angie Alejandra Roro L.	1115786573	3506132827	Emsanar	Angie Roro.	H. Santander	/					/							/			
Valeria Muñoz M	1110043386	3103941025	N°EPS	Valeria M.	H. Santander	/					/							/			
Sara D. Iglesias T.	1054701428	3233464392	Emsanar		H. Santander	/					/							/			
Ana Sofia Largo Q.	1033183337	3117991583	Univalle	Sofia Largo	H. Santander	/					/							/			
Kevin Beitrago H.	1115185921	3235183023	Emsanar	Kevin B.	H. Santander		/				/							/			
María Camila Sanchez	1121204471	3245849249	Sanitas	Maria S.	H. Santander	/					/							/			
Juan Esteban Restrepo M.	1115184816	3226418646	Nueva EPS		H. Santander		/				/							/			
Heidy Camila Cuellar	1115184685	3235275268	emsanar	Camila Cuellar	H. Santander	/					/							/			

Alcaldía Municipal de Caicedonia

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander
Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 10-sep-2024
LUGAR: I.E normal Superior
MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - valle
HORA INICIO: 7am
FACILITADOR:
HORA DE TERMINACION: 12 pm.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Diego Fernando bravia U.	1092853379	3001627304	Comsalud		H. Santander		/				/										
Maria Camila Castro	1115185601	3225949133	Emssanar		H Santander	/					/										
Karol Castaño Marin	1115185474	3160532785	Nueva EPS	Karol Castaño	H. Santander	/					/										
Michel dayana Caicedo	1115184674	3234725955	emssanar	Michel dayana	H. Santander.	/					/										

Alcaldía Municipal de Caicedonia

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander

Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 10-sep-2024 | LUGAR: I.E normal / Superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia-Valle | HORA INICIO: 7 am | HORA DE TERMINACION: 12 pm

FACILITADOR:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Kelly Jhoana	1115185290	3202038545	emssl sub	Kelly J	H. Santander		✓				✓							✓				
Laura Valentina	1054434334	3166578226	Sura / contr.		H. Santander		✓				✓								✓			
Natalia Barón	1115358902	3103955544	emssl sub	Natalia B.	H. Santander	✓					✓							✓				
Sofia Moreno Velasquez	1115180078	3149057058	N. EPS / contr.		H. Santander	✓					✓							✓				
Mateo M.ro Uribe	1113861430	3213592640	salud total		H. Santander		✓				✓							✓				
Kevin Andres Vinasco	1115186325	3217095833	Nueva EPS / contr.		H. Santander		✓				✓							✓				
Isabela Angel	1115186306	3206932301	sub emssanar		H. Santander	✓					✓							✓				
Evelyn Dahiana	1115187213	3145382897	Salud militar		H. Santander	✓					✓							✓				
Alejandro Soto C.	1115186473	3225143253	sub emssanar		H. Santander		✓				✓							✓				
Juan david giraldo	1115187000	3108853486	emssl sub		H. Santander		✓				✓							✓				

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 10-sep-2024 | LUGAR: I.E Normal Superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - Valle | HORA INICIO: 7 am | HORA DE TERMINACION: 12pm

FACILITADOR:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
David Alberto García	1150684236	3148741024	Cont Cosmitet		H. Santander		✓				✓							✓			
Xiomara Monroy Cortes	1112401243	3117319121	Sub emssanar	Xiomara M	H Santander	✓					✓										
Jerónimo Fino V	1115186477	3152241279	Cont. Cosmitet	Jeronimo Fino V.	H Santander		✓				✓							✓			
Valeria Serna	1115187041	3215708181	N. EPS Cont.	Valeria G S	H. Santander	✓					✓							✓			
Laura Sofia C.	1115186833	3233712100	N. EPS/ Contr.		H Santander	✓					✓							✓			
Mariam Arango R.	1054479676	311 6672403	Sub emssanar		H. Santander	✓					✓							✓			
Maria Camila Rios T.	1115186748	3133571981	Cont/ Sub.		H. Santander	✓					✓							✓			
Juan José Hernández	1115186197	3207524622	N. EPS/ Contr.		H Santander		✓				✓							✓			
Ashley Saeed Velasquez	1115185965	3233642180	N. EPS/ Sub		H Santander	✓					✓							✓			
Karen yuliana lopez	1111671812	3226765189	N. EPS Sub	Karen L.	H. Santander	✓					✓							✓			

80

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 11-Sep-2024 | LUGAR: I.E. Normal superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia valle.

FACILITADOR: Semilleros. Grado. 11.

HORA INICIO: 7 am

HORA DE TERMINACION: 12 pm.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
sebastian neira nieto.	1115486455	3214554542	emmsanar	sebastian	H. Sandander		/				/							/				
Ashly yalena Ruales	1180.463.277	3105793926	emsanar	Ashly Ruales	H santander	/					/							/				
Juansebastian Rodriguez	1115480735	3128894421	Sanitas	Juan	H. Santander		/				/							/				
Juanita Amaris F.	1192464943	3022990788	Sura	Juanita A.	H.santander	/					/							/				
Juan Andrés Piedrahita	1115189503	3146624245	N. EPS	CICOS	H. Santander		/				/							/				
Matias López H.	1.115.189.66	3104083423	nueva EPS	Matias L.	H. Santander		/				/							/				
Matias Caicedo Rios	1109549766	3137878169	fiduprevisora	Matias	H. santander		/				/							/				
Andres felipe perea	1115190252	3148260324	nueva eps	Andres Felipe	H. Santander		/				/							/				
Joan Manuel Diaz Moreno	1.094.920.005	3112301247	nueva eps	Joan Manuel	H. santander		/				/							/				
					H.																	

802

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 11-sep-2024 | LUGAR: I.E. Normal superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia-valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | 130 | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDÍGENA	ETNIA: ROM (gitana)	ETNIA: OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA FLIA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O)	CONDICION: VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Sara moreno	1115188498	3147778859	emssanar	Sara Moreno	H.santander		/				/	/						/	/		
Madelis cardona toro	1120956100	3218907261	emssanar	Madelis car	H.santander	/					/	/						/			
Emily Bernal Perdomo	1115.189.419	3160755776	Emmsanar	Emily B.P.	H.santander	/					/							/			
Yulian smith J.	1115789414	3116422304	N-EPS	Yulian smith	H.santander		/				/	/						/			
santiago escobar	1115190672	3166244446	N-EPS		H.santander		/				/	/						/	/		
Sharon melisa villa.	1115189872	3113682484	sura		H.Santander	/					/	/						/			
Valery Garavito	1031143210	3154245403	Salud T.		H.santander		/				/							/			
Sara Paniagua	1115189552	3116870654	Nueva EPS		H.Santander		/				/	/						/	/		
Dayana castañeda	1115188589	3218186438	Nuevaeps	Dayana	H.Santander		/				/	/						/	/		
Fabian stiven pico arizo	1094548743	312 2738648	nueva eps	Fabian Pico	H.santander		/				/	/						/	/		

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 11-sep-2024 | LUGAR: I.E Normal superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - Valle | HORA INICIO: 7am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Brayan esteban	1115789[illegible]	[illegible]	Neps	Brayan	H. Santander		✓				✓							✓			
Julian esteban lopez	1115789268	3052372847	Neps	Julian	H. Santander		✓				✓							✓			
Thomas Trujillo	1020757787	3112961749	Cont. Salud total	Thomas	H santander		✓				✓							✓			
Santiago Sanchez Trujillo	1092458686	3104087071	NePS	Santiago	H santander		✓				✓	✓						✓			
Jaison Giraldo	1036137629	3205736280	NePS	Jaison	H santander		✓				✓							✓			

901

Jun

normal

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 13-sep-2024 | LUGAR: I.E normal superor | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: Semilleros Grados 10° | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Sofia Tobar Serna	1115188157	3112465744	Nueva EPS		H. santander	X					/							X			
Sofia Martinez Jaramillo	1115188991	3165713425	Nueva EPS	Sofia M.	H. santander	X					/							X			
Shennecer Gallo Caro	1140043594	3014938997	Comfandi		H. santander						/						X				
Luis Lopera Gomez	1115188253	3225874935	Emsanar		H. santander		X				/							X			
Mariana Quicero Hernandez	1115187762	312378806	Nueva EPS	Mariana	H. santander	X					/							X			
Ana Sofia Castaño	1115188674	3104501154	Sura	Ana Sofia	H. santander	X					/							X			
Emelyn Mejia Londoño	1115188859	3234452434	Nueva eps	Emelyn M.	H. Santander	X					/							X			
Kevin castillo Restrepo	1115188935	3145882782	nueva EPS	Kevin c.	H. santander						/										
Carlos Danicl Jedesma	1097204863	3164064274	nueva EPS	Danicl	H. santander		X				/							X			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Una fuerza con Dogue — Al Mismo Nivel 2024-2027

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 13-sep-2024 | LUGAR: I. E. normal superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - Valle | HORA INICIO: 7 am | HORA DE TERMINACION: 12 pm.

FACILITADOR:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDÍGENA	ETNIA: ROM (gitana)	ETNIA: OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA FLIA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O)	CONDICION: VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Santiago Castillo Hidalgo	1115186145	3114293880	Nueva	Santiago C.H	H Santander		X											X			
Juan David Ospina Ospina		3218712249	nueva	Juan D.	H. Santander		X											X			
—	—	3210	—	—																	
Samuel Felipe Ospina	1115187203	3165370872	sanidad militar	[illegible]	H Santander		X											X			
Thomás López	1113482096	3208123732	Nueva eps	Thomás	H Santander																
Valentina Bedoya	1088832255	3217859866	Salud total	Valentina.	H. Santander	X												X			
Karen Sofia Ruiz O.	1014236832	3158346655	Emssanar	Karen Ruiz	H. Santander	X												X			
María Paula Maca	1.114.780.718	3102392683	Nueva EPS	Paula Maca	H. Santander	X												X			
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	H. Santander	X															

96

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 13-sep-2024 | LUGAR: I. E normal superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Salomé Salinas	1115188734	3215737426	Emssanar contributiva	Salomé	H. Santander		/				/	/						/			
Valentina Cifuentes H.	1115188215	3178560221	Nueva EPS	Valentina	H. Santander	/					/	/						/			
Helen Ortiz	1115188369	3504773650	Nueva EPS	Helen	H Santander	/					/	/						/			
Emily Bagueros.	1115186304	3156493803	Emssanar	Emily	H Santander	/					/	/						/			
Axel Samuel Fonseca	1097230079	3202383266	Nueva EPS	Axel	H. Santander		/				/	/						/			
Juan Esteban Paniagua	100411372	No tiene	Nueva EPS	Juan	H. Santander		/				/	/						/			
Juan carlos arboleda	1115186552	3219192568	sanar	JEAN	H Santander	X					/		X				X				
Juan manuel gonzalez	1115187553	3016378353	N. EPS	JUAN	H. santander	X					/						X				
Kevin Orlando Vargas G.	1012361506	3135893593	emssanar	Kevin	H. Santander	X				X							X				

901

Jun

Normal

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 13-sep-2024 | LUGAR: I.E normal superor | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: Semilleros Grados 10° | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Sofia Tobar Serna	1115188157	3112465744	Nueva EPS		H. santander	X					/							X			
Sofia Martinez galinas	1115188991	3165713425	Nueva EPS	Sofia M.	H. santander	X					/							X			
Stenneper Gallo Caro	1140041354	3014938892	Comfandi		H. santander						/						X				
Luis Lopera Gomez	1115188253	3225874935	Emsanar		H. santander		X				/							X			
Mariana Quicero Hernandez	1115187762	312378806	Nueva EPS	Mariana	H. santander	X					/							X			
Ana Sofia Castaño	1115188674	3104501154	Sura	Ana Sofia	H. santander	X					/							X			
Emelyn Mejia Londoño	1115188859	3234452434	Nueva eps	Emelyn M.	H. Santander	X					/							X			
Kevin castillo Restrepo	1115188935	3145882782	nueva EPS	Kevin c.	H. santander						/										
Carlos Danicl Jedesma	1097204863	3164064274	nueva EPS	Danicl	H. Santander		X				/							X			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 13-sep-2024 | LUGAR: I. E. normal superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - Valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12 pm.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA		0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Santiago Castillo Hidalgo	1115186145	3114293880	Nueva	Santiago C.H	H santander		X					/							X			
Juan David ospina ospina		3218712241	nueva	Juan D.	H. santander		X					/							X			
—	—	3210—	—	—								/										
Samuel Felipe ospina	1115187203	3165370872	sanidad m. l. tar		H santander		+					/							0			
Thomas López	1113482096	3208123732	Nueva eps	Thomas	H santander							/										
Valentina Bedoya	1089832256	3217859866	Salud total	Valentina.	H. Santander	X						/							X			
Karen Sofia Ruiz O.	1014236832	3158346655	Emsanar	Karen Ruiz	H. Santander	X						/							X			
María Paula Maca	1.114.780718	3102392683	Nueva EPS	Paula Maca	H. Santander	X						/							X			
Emilia Dayana Cifuentes Ste	1.055458342	3146272287	Nueva EPS	Emilia D.C	H. Santander	X						/							X			

96

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 13-sep-2024 | LUGAR: I. E normal superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (aitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Salomé Salinas	1115188734	3215737426	Emssanar contributivo	Salomé	H. Santander		X				X							X			
Valentina Cifuentes H.	1115188215	3178360221	Nueva EPS	Valentina	H. santander		X				X							X			
Helen Ortiz	1115188369	3160473650	Nueva EPS	Helen	H Santander		X				X							X			
Emily Bagueros.	1115186304	3156493803	Emssanar	Emily	H Santander		X				X							X			
Axel Samuel Fonseca	1097230079	3202383260	Nueva EPS	Axel	H. Santander		X				X							X			
Juan Esteban Panicagua	1004111372	No tiene	Nueva EPS	Juan	H. Santander		X				X							X			
Juan carlos arboleda	1115186552	3219192568	sanar	JUAN	H Santander		X				X			X				X			
Juan manuel gonzalez	1113187553	3016378353	N. Eps	JUAN	H. santander		X				X							X			
Kevin Orlando Vargas G.	1012361506	3135893593	emssanar	Kevin	H. Santander		X				X							X			

a5

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 13-sep-2024 | LUGAR: I.E normal Superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Juan Diego Dimaté	1115786607	3226744915	emssanar	Juan Diego D.	H_santander		X				✓							X				
Santiago Guarín Velasco	1115108983	3223304658	sanidad militar	santx	H-santander		X				✓							X				

902

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 13-09-2024 | LUGAR: I.E. normal Superior | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDÍGENA	ETNIA: ROM (gitana)	ETNIA: OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA FLIA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O)	CONDICION: VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Ximena Quintero Arango	1115188951	3126808348	Nueva EPS	Ximena Quintero	H. Santander		✓					✓						✓			
Alison Restrepo Ceballos	1115188887	3104161723	Nueva EPS	Alison Restrepo	H-Santander		✓					✓						✓			
Luisa Fernanda Orozco Cruz	1115188270	3173805749	Nueva EPS	Luisa orozco	H-Santander		✓					✓						✓			
Simón Lopez Hernandez	1115188561	3053880947	NEPS		H-santander		✓					✓						✓			
Laura Daniela Polgarin	1115184969	3235507545	Nueva EPS	Daniela Polgarin	H-Santander		✓					✓						✓			
Nicol Gonzalez S.	1115188084	3126115380	Nueva EPS	Nicol G. S.	H-Santander		✓					✓						✓			
Valentina Ceballos	1115186183	3137570615	Nueva eps		H-Santander		✓					✓						✓			
Marian Rodriguez Henao	1115186299	3212917513	Nueva EPS	Marian	H. Santander		✓					✓						✓			
Dariana Primero C.	1092854279	3147657810	Nueva EPS	Dariana P.	H-Santander		✓					✓						✓			

10. Adolescencia

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 02-09-2024.	LUGAR: B-02	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (aitana) OTRO		MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA		0-12 ANOS	13-17 ANOS	18-29 ANOS	30-59 ANOS	60 A MAS AÑOS
Daniel Felipe Toro	1115893 241	3185501807	Pyngl	Daniel			x											x			
Valery Nicolle Carvajalino	1031435424	3218543403	Salud TOTAL			x												x			
Juan Esteban Huelgos	1028494752	3025562356	SURA	Juan Esteban Huelgos			y											x			
Brigith Alejandra Jaramillo	1092 683694	—o—	NEPS	Brigith A. Jaramillo		x												x			
Yulian Smith Jimenez	1115189 414	3144121 2200	EMSS	yulian Smith Jimenez		x												x			
Walter Lopez Holguin	1115189 660	3164083123	NEPS				x											x			
Dairan Andres Lopez	1115148 308	—o—	EMSS	Dairan Andres L.			x											x			
Juan Carlos Molina G.	100811 422	3128530044	NEPS	I. C. M.			x											x			
Sara Elizabeth Moreno	1115189 498	3147776059	NEPS	Sara Moreno		x												x			
Sebastian Nerio Mejia	1115186 455	3214554542	EMSS	Sebastian Nerio M.			x											x			

Adolescencia

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia Valle
Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA:	LUGAR: 6-02	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

							SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD		FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (aitana) OTRO		MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA		0-12 ANOS	13-17 ANOS	18-29 ANOS	30-59 ANOS	60 A MAS AÑOS
Sara Pantoja Suarez	1115189552	3136618981	NEPS	Sara Panagua			X												X			
Andres Felipe Perea	1115190252	3226599712	NEPS	Andres Felipe Perea				X											X			
Steven Pico Anzoa	1094548743	3122735480	NEPS	FABIAN PICO				X											X			
Juan Andres Piedrahita	1115189503	—o—	NEPS					X											X			
Juan Sebastian Rodriguez	1115190735	3122899423	Sanitas	Juansebastian				X											X			
Ashly Yaleman Rivales	1180463271	3105923926	ENSS	Ashly Rivales			X												X			
Andres Felipe Toro S.	1115576602	3104432743	NEPS	Andres Felipe Toro Salazar			X	X											X			
Sharon Melisa Villa.	1115189	—o—	NEPS	Sharon Melisa			X												X			

Adolescencia

Alcaldía Municipal de Caicedonia

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander

Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD					
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA		0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS	
Geronimo Gonzalez Ceballos		3016745549		Geronimo			X				X								X				
Sergio valencia valencia	1054877613	3116258665	NEPS	Sergio			X				X								X				
Angel Frisneda Sanchez	1115189996	3103780050	N. EPS	Angel F			X				X								X				
Mariana Ocampo Mesa	1115190116	3218132443	N. EPS	Mariana O.		X					X								X				
carol yeraldin Rubiano	1115189940	3138332017	N. EPS	carol.RR		X					X								X				
Melany Marin Posada	1115189188	3178117496	EMSS	melany		X					X								X				
Mariana Martinez	1115190708	3021714867	NEPS			X					X							X					
Laura Camila Olave	1023386967	3249527677	Comfenalco	Laura.		X					X								X				
Juliana Puerta	1115190992	3006409437	N EPS	Juliana Puerta		X					X							X					
Daniel Sebastian Quipo Zambrano	1623705177	3128816957	Emss	Daniel Sebas.			X				X								X				

x 02

Adolescencia

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Brandon Stiven Linares Rodriguez	1115190781	3117045347	Emss	Brandon			X				X						X				
Alejandra Ocampo Vasquez	1115191275	3232985903	N EPS	Alejandra		X					X						X				
Juan Jose Zuleta Piedrahita	1115191407	3128777637	U EPS	Juan Jose			X				X						X				
Alison Mariana Rojas Taborda	1115191863	3153696759	Emss	Alison		X					X						X				
Andres Santiago Murillo Rojas		3186828888					X				X						X				
Roger Velazques Jimenes	1115 1049089	3135766149	Emss	Roger			X				X							X			
Valery Ramirez Ku	1113482091	3225286512	N EPS	Vale		X					X						X				
Juan Jose Villa Salinas	1115191327	3212477396	N EPS	Juan Jose			X				X						X				
Jhon Stiven Leon Mariel	1115189429	3216580980	Sura	Jhon Stiven			X				X							X			603
Matias de Jesus Quintero	1044227189	3126041340	salud total				X				X							X			702

901

Bolív Juan

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud — Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA			CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (gitana) OTRO	MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O) VICTIMA		0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Juan Sebastian Robayo C.	1115188796	310 5273766	Emssanar	Juan Sebastian			X			X						X			
Inailin michel Silva londoño	1094055040304275014 3	emssanar	Inailin.			X				X						X			
Stefania Esmeralda Arica Barrios	1125798408	3052453514	Sanitas	Stefania		X				X						X			
Isabela Cuez Mena	1115187556	3154320637	N.P.S	Isabela		X				X						X			
Isabella Castrillón H	1115 189 289	3233742991	Nueva EPS	Isabella Castrillon		X				X						X			
Juan David Suarez	1115187838	3054394474	emsanar	Juan C.			X	X		X						X			
Devin Eliana García	1115188358	3217416952	emsanar	Devin		X				X						X			
Angie tatiana Valencia D	1115187726	3122606537	emsanar	tatiana				X		X						X			

401

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

						SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (gitana) OTRO	MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O) VICTIMA	0-12 ANOS	13-17 ANOS	18-29 ANOS	30-59 ANOS	60 A MAS AÑOS	
Valeria López	1115189233	3234163677	Sura			X				X					X				
Juan Carlos Trujillo G.	1115188262	3237672756	servicio occidental de salud				X			X					X				
Miguel Angel Mazate G.	1094929755	3113484665	Nueva EPS				X			X	X				X				
Maria De los Angeles G.	1115189220	3146812068	Sura			X				X					X				
Valeria Jaramillo G.	1025146172	3142690639	Sura			X				X					X				
Hellen Giovanna Rios L.	1115575912	3234540775	Comcaucaa			X				X					X				
cristian camilo Gañan Lopez	1115188840	3184231127	militar sanidad				X			X					X				
Juan Manuel P.	1144936499	3148925324	S.O.S				X			X					X			X	
Juan camilo Herrera	1114156604	3128668776	Emsanar				X			X					X				
Samuel Zuluaga Duque	1115189011	3104396144	Nueva EPS				X			X					X				

7-2 Bolivariano.

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia	HORA INICIO: 7:00 am
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION: 12:00 M

	NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
7-2	Andres Felipe Acevedo	1115790294 1115[illegible]1323	3665865	sanidad militar		H. Santander		X			X					X			X	
7-2	santiago cruz Cartagena	1115790359	3037645[illegible]	em Sanitas	Santiago	H. Santander		X			X						X			
7-2	Juan pablo Urrego Alvaran	1114955035	3147292427	NEPS	Juan Pablo	H. Santander	X					X					X			
7-2	Valery Alzate	1519045[illegible]	3117626[illegible]	NEPS	Valery	H. Santander	X				X						X			
7-2	Valentina Navarrete	1115790607	3736263973	casa nar		H. Santander	X									X				
7-2	Liza Fernanda Garcia	1113482072	3104615877	ensa nar	Liza Fer	H. Santander	X				X	X					X			
7-2	Ana Sofia Parente	1117355[illegible]	3244715363	NEPS		H. Santander	X				X					X				
7-2	Laura sofia Osorio	1115710552	3706524853	Emss	Laura	H. Santander	X				X					X				

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

						SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (gitana) OTRO		MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O) VICTIMA		0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Juan David Giraldo	7715787000	3757759850	Emssanar	Juan David G.	H. Santander		X				X		X				X			
Jonickzon molina cabezas	1115188443	3123838966	Emss	Jonickzon	H. Santander		X				X	X	X				X			
Luis Felipe Marin L.	7717154667	3145091184	NEPS	Luis Felipe	Nueva EPS		X				X		X				X			
Juan David Diaz Rios	7715788454	3773767276	Nueva EPS	Juan David Diaz	1115188 454		X				X						X			
Santiago Herrera	1094912546	3108223128	Nueva EPS	Santiago Herrera Rios	H. Santander		X				X						X			
victor manuel	7715785796	3168877622	Nueva EPS	victor manuel ardila	H. Santander		X				X						X			
Maria José Penuela	7797273899	3122795421	Nueva EPS	Maria José	H. Santander	+	-				X						X			
Ana sofia f. l	1115180358	3117260537	Nueva EPS	Ana	H. Santander	+					X						X			
Yeiden Steven S	1.115.184.95	3043338	Nueva EPS	Yeiden S.	H. Santander	X					X		X							
Luis Miguel Jimenez	7715788452	3116814113	Nueva		H. Santander			+			X						+			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

						SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (gitana) OTRO		MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O) VICTIMA		0-12 AÑOS	13-17 ANOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Bryan esteban G.	1115788787	3146852685	NPS	Bryan	H. Santander		X				X						X			
Sebastián bedoya torres	1115789489	3104128508	NPS	Sebas	H. Santander		X				X						X			
Alison thalana Pinale Ramos	1115188540	3233574 222	N. EPS		H. Santander	X					X						X			
Esteban corrales ocampo	1115188120	325 490 6029	ensanar	esteban	H. Santander		X				X						X			
maria camila garcia	1117023584	3156427919		camila	H. Santander	X					X						X			
Jareline Valdes Gaviria	1115188129	3043789019	Salud EPS	Jareline	H. Santander	X					X						X			
Darwin Gomez B	1115785372	3006842	NEPS	Darwin	H. Santander		X				X						X			
Juan carlos buitrago	1115188685	3144596502	sura	Juan	H. Santander		X				X						X			
Santiago Sanchez Arguello	1092458686	3104087071	N. EPS	Santiago	H. Santander		X				X						X			
Thomas Trujillo	1020757787	3112961744	Salud Total	Thomas	H. Santander		X				X						X			

6-03 jun Boliv

Alcaldía Municipal de Caicedonia | Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander Caicedonia - Valle
Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 18-sep-2024	LUGAR: C.E Bolivariano	MUNICIPIO SEDE: caicedonia-valle	HORA INICIO: 7am
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION: 12pm.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Gesly Manuela Parra	1115188800	3212057727	N. EPS	Gesly P.		X				/					X			
Karen Andrea R.	1127210970	3145093135	Sura	Karen A.		X				/					X			
Michel Dahiana R.	1.098050087	3147977841	Sura	Michel R.		X				/					X			
ISABEla Pineda	1175186607	3116558717	N. EPS	Isabela P.		X				/					X			
Meily Joyana V.	1115188805	3205451113	emssanar	Meily Joyana V.		X				/					X			
Nathaly Naso	1034401901	3155662733	emssanar	Nathaly		X				/					X			
Karol Lizeth puentes	1110530135	3169979765	N. EPS			X				/					X			
Juliana Quiroz	1175189808	3126041423	N. EPS	Juliana		X				/					X			
Johan stiven	1154231871	3112432884	N. EPS	J			X			/					X			
Julian estcban lopez	1115189268	3052372847	N. EPS	Julian			X			/					X			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 17-sep-2024 | LUGAR: I.E bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia-Valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (ailana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Thoatn Camilo Nevea	102[illegible]3[illegible]7	323[illegible]7	Nuevo EPS				X	X		/					X			
Juan Diego Giraldo	1113305886	3214478037	N. EPS	Juan			✓			/					✓			
Juan Pablo Aguirre	1115185324	3247585551	Sura				X			/					X			
Juan Diego Arias	1115182389	3043054273	Famisanar	yus.			X			/						X		
Brandon Martinez	1115184925	3187493192	emssanar	Brian Martinez			X			/						X		
Ferney M. Aristizabal	1.115.185.697	3219754953	Emssanar				X	N.A		/					X			
Maria Paula Giraldo	1125185525	3224530288	emssanar	Maria Paula		X				/					X			
Juan pablo Beltran	1094897747	3206464605	emssanal	Juan Pablo			x			/					X			
Jhoan Manquillo	1115185491	3225047955	sálud total	Jhoan			X			/								
Juan Parra	1092853604	317 7681175	emssanar				X			/					x			

Alcaldía Municipal de La Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander Caicedonia - Valle — *Trabajando por la Salud !*

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
17-sep-2024	I.E Bolivariano	Caicedonia - Valle	7 am
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (ailana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Alejandro Soto C.	1'115.186.473	3228143253	Emssano.		Hospitalario		X				/				X			
Yarol Castaño M.	1115185474	3160532785	Nueva E.P.S	Yarol Castaño	H. hospital	X					/					X		
Diego Fernando García	1092853814	3001627304	Comfenalco		H Santander		X				/				X			
Mariam Lizeth Arango	1054479676	3116677403	ponal		H. Santander	X					/				X			
Juan David Gudo	1115187000	3103855486	Comsana		H. Santander		X				/				X			
Natalia Barón Inga	1115358901	3103795594	emsanar		H. Santander	X					/				X			
Maria Camila Rios	1115186718	3135371981	Emssanar		H. Santander	X					/				X			

304

Bolivariano

Jun

Alcaldía Municipal de Caicedonia | Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander E.S.E. Caicedonia - Valle
Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 18-sep-2024	LUGAR: I.E Bolivariano	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - Caicedonia	HORA INICIO: 7am
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION: 12pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 ANOS	EDAD: 13-17 ANOS	EDAD: 18-29 ANOS	EDAD: 30-59 ANOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Laura M. Chalarca Duque	1115185775	3186708886	emssana	Laura Maria.	H. Santander		✓				✓				✓			
Darcy Lorena Criollo Andra.	114544134	3235928883	N. EPS	Darcy Criollo	H. Santander	✓					✓					✓		
DC'BY Joel Salgado	1115124545	3135811446	Saludtotal	DC'BY	H. Santander		✓				✓				✓			
Siever Adrian Monroy	1115141541	No tiene	emssanar	siever	H. Santander		✓				✓				✓			
Marlon david arboleda sabs.	1115188419	3162521078	emssanar	Marlon David.	H. Santander		✓				✓				✓			
Juan Pablo Restrepo V.	1115187592	3128874111	N° EPS	Juan Pablo.	H. Santander		✓				✓				✓			
Saira Daniana Salgado	1098628283	3183563004	N°EPS	Saira R.	H. Santander	✓					✓				✓			
Maria Paula lopez	1115188704	3215788062	N. EPS.	Maria L.	H. Santander	✓					✓				✓			
Estefania Gonzalez	1115187501	3225978306	N°EPS	Estefania GRH.	H. Santander	✓					✓				✓			
Juan Jose Quintero.	1115190417	3104108456	N°EPS	Juan JOS.	H. Santander	✓					✓				✓			

804

Alcaldía Municipal de La Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 18-sept-2019	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

						SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (aitana) OTRO		MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O) VICTIMA		0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS	
Ana Karina	1113188470	3183802033	N.EPS	Ana Karina		/					/							/			
Michel García Q.	1115138847	3218924814	sura	Michel García	1095179809		/				/							/			
Daylin Gomez	1115161082	3151301465	N-EPS	Daylin Gomez		/					/							/			
Nicolle Dahiana Zapata	1110115160	312 606 7137	N-EPS	Nicolle Dahiana		/					/							/			
Sebastian Soler	1115709245	No tiene	N-EPS	Sebastian			/				/							/			
Santiago Valderrama	1115189255	3218242988	N-EPS	Santiago.T			/				/							/			
Nicol Solarte C.	1111181232	311 6700782	Sura			/					/							/			
Gabriel Rios L.	1115576671	3128573919	Famisanar	Gabriel Rios.		/					/							/			
Jose Carney Romero	1118547588	3206[illegible]553	Nuevo EPS				/				/							/			
Sebastian Muñoz Mejia	1115187890	3295936216	[illegible]				/				/							/			

804

Alcaldía Municipal de Caicedonia | Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander Caicedonia - Valle
Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 13-sep-2024 | LUGAR: I.E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - Valle | HORA INICIO: 7am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (aitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Josser estebio blandon	1113307851	3214865228	Nueva EPS	Josser			/			/						/			
Hector Alexis Espitia	7775185946	3206234283	Nueva EPS	Espitia			/			/						/			

107

Bolivariano

Sum

Alcaldía Municipal de Caicedonia

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander
Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 19-sep-2024	LUGAR: I.E. Bolivariano	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - valle	HORA INICIO: 7 am
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION: 12 PM.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (aitana) OTRO		MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O) VICTIMA			0-12 ANOS	13-17 ANOS	18-29 ANOS	30-59 ANOS	60 A MAS AÑOS
Darwin Stiven Valencia D.	1115187797	3173524335	Nueva Eps	DSValencia	H santander		X				/							X			
Edison steven osorno	1115987665	3145684973	nueva Eps	Edison	H-santander		X				/							X			
Andrea Cardona G.	1115187719	3126472824	Emssa	Andrea	H santander	X					/							X			
Jhon Erick Rivera A.	1115185942	3105389579	Sura	Erick Rivera	H Santander		X				/							X			
yanpier alexander castellanos rivas	1113306269	3145819326	nueva eps	yanpier	H Santander		X				/							X			
Maria Camila Buitrago Pinilla	1091886001	3114578626	Nueva EPS	Mª Camila B	H Santander	X					/							X			
Geronimo Hoyos Salazar	1115187739	3233944767	Sura	Geronimo H	H-santander		X											X			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 12-Sep-2024 | LUGAR: I.E. Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - Valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12 pm.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (aitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Sergio Sarguiz Wilches S.	1090275432	3125675287	Nueva Eps	Sergio S.	H. santander		X				/				X			
Mariajose Buitrago ocampo	1117021597	3148305791	emssanar	Mariajose B.	H Santander	X					/				X			
Mayerly Martinez Guisao	1145187919	3135708896	Emssanar	Mayerly Martinez	H. santander	X					/				X			
Javier Ricardo Loaiza Hernandez	1116373252	3169177055	Coosanitas		H santander		X				/					X		
Manuela Jaramino Valencia	1112401448	3137198855	SOS	Manuela Jaramillo	H. santander	X					/				X			
Dana Valentina Poloche C.	1149185209	3217530855	Nueva EPS	Dana Valentina	H santander	X					/				X			
Yulian Esteban Ospina Quintero	1115187400	3026415728	Sura	Yulian	H. santander		X				/				X			
Leonardo Fabio calambas castaño	1.115.184.627	3046552448	Nueva EPS		H. Santander		X				/					X		
Geronimo Espitia Duque	1105373768	323 3868143	Sura	Geronimo E.	H. santander	X					/				X			
Angel Alejandro Montoya Cruz	1115187724	3245700313	Nueva EPS		H. santander	X					/				X			

Alcaldía Municipal de Caicedonia | Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 18-sep-2024	LUGAR: I.E Bolivariano	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - valle	HORA INICIO: 7 am
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Samuel Felipe Herrera	1115188979	3217740773	Nueva	Samuel	h. Santander						X				X			
Jeancarlos	1115577750	3217536666	enganar		H. Santander										X			
Juan David Leal Sanchez	1115188188	3241536	Nueva	Juan Leal	H. Santander										X			
Emanuel Ceballos Morales	1112055027	3222380787	Suva	Emanuel											X			
Daniela Martinez Moreno	1089610301	3205777062	Nueva	DMM		X									X			
Hanna Baena Matallana	1115188413	3028032947	Nueva	Hanna		X									X			
Maria Camila Avalo Osorio	1.115189355	3113106577	Nueva	Camila		X									X			
Andrus felipe Diaz Maca	1.115189251	3168148205	Nueva	Andrus			X								X			
Luciana Garzon Pinzon	1.115.190.058	3215085261	Emmsanar	Luciana		X									X			
Ximena Soto	1.115,192,139	3172118471	Nueva	Ximena		X									X			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia - Valle — *Trabajando por la Salud !*

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 17-SEP-2024 | LUGAR: I.E bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - Valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (Gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Maria Paz Cordona	1.197.464087	3234112094	Nueva	Maria Paz		↘					/					X			
Juan Manuel Meja	1-0[illegible]2	[illegible]35	Nueva	Mejia			X				/					X			
Julian Andres Soto	1.7[illegible]	[illegible]	nueva	Andres			X				/					X			
Juan Sebastian muñoz	1.117.502[illegible]	3161640097	Nueva	Juan S			X				/					X			
Juan Jose	1118[illegible]	——	nueva	Juan Jose			X				/	X				X			
Piter spitian Bolaño	1[illegible]	3218255459	Nueva EPS	Piter			X				/				X				
Yiceth juliana Rocero	(0[illegible]	3226687339	Nueva EPS	Yiceth		X					/					X			
Alisson Andrea mena	1[illegible]	1279950	Emmsanar	Alisson		X					/					X			
Ximena Valentina B.	1[illegible]	3009624971	Nueva EPS	Ximena		+					/					+			
Elizabeth Pascue M.	1[illegible]	3219000165	Nueva EPS	Elizabeth		X					/					X			

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

FECHA: 17-sep-2024 | LUGAR: I.E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia-Valle | HORA INICIO: 7 am | HORA DE TERMINACION: 12 pm

FACILITADOR:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBTI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 ANOS	EDAD: 13-17 ANOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Mariana Lopez G	1115576184	3026940809	Emsanar			X					/				X			
Nicol castaño Béltran	1115185908	3152620484	Emsanar	Nicol castaño		X					/				X			
Julissa Giraldo Avdila	1116181422	3217415938	Nueva EPS			X					/				X			
Samuel Quiceno León	1.115188119	3114363124	Sanitas				X				/				X			
Camila Osorio Gómez	1115137417	3117031775	SOS	Camila O		X					/				X			
Nicol Ramona restrepo	1.115.187.935	3233412418	Nueva EPS	Nicol restrepo		X					/				X			
Valeria Paola Torres	1.094431176	3107234609	Emsanar	Valeria torres		X					/				X			
Laura Camila Cabrejo C.	1115187720	B160560118	Nueva EPS	Laura CCC		X					/				X			
Sara Toro	1115188300	3106673971	Emsanar	Sara Toro		X					/				X			
Tatiana Michel Garzon	1088281310	3162734711	S.O.S			X					/				X			

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: ESPACIO [illegible]
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO
Código: 130.04.1
Versión: 002
Fecha: 27-07-2016

FECHA: 17 sep-2024 LUGAR: I.E Golondrinas MUNICIPIO SEDE: Candelaria - Valle HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Valentina Velez R.	1115186672	3247581807	N.E.P.S	Valentina:		X					✓				X			
juan jose Ortiz M.	1115186937	3104260700	N.E.P.S	Juanjose			X				/				X			
Alecsa Melo	1120562321	3105198572	N.E.P.S	alecsa m.		X					/				X			
Ana Maria Salazar	1115283652	3139923533	N.E.P.S	Ana Salazar		X					/				X			
Jayi Becerra	1059702456	3193533822	AIC	Jayi Becerra		X					/				X			
Maria Alejandra Zambrano	1062264684	3177869816	emssanar	Maria Alejandra		X					/				X			
Isabela Lopez Moreno	1107059148	3158455168	NEPS	Isabela		X					/				X			
Laura Sofia Portilla	1.094.920863	3128158753	NEPS	[illegible]		X					/				X			
Daniel Jaramillo Saavedra	1.115.194.686	3234451190	Emssanar	Daniel Jaramillo			X				/					X		
Valery Loaiza	1.115.576076	3168963456	Emssanar	Valery		X									X			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Alvaro Fernando Duque — Alcalde 2024-2027

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Especialidad - Vasta — *Trabajando por la Salud !*

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA:	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
12-Sep-2024	I.E Bolivariano	Caicedonia-valle	7 am
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION: 2 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (gitana) OTRO		MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA		0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Miguel Angel Moreno M.	1115191610	3055839267	Emmsanar				X						X					X			
Angela maria Vivas A	1101756111	3145911691	Ponal	Angela Vivas		X												X			
Mayed Estiven Luna	1115186898	3136373554	Nueva EPS	Mayed			X						X					X			
Juan Esteban G	1115546034	3113284950	N.EPS.				X											X			
Laura Guerrero	1115187310	3233[illegible]79	N.EPS	Laura G		X												X			
Alejandro LÓPEZ	1115187691	320 7885300	SOS	Alejo Lo.			X											X			
Jonathan Chavarro A	1125292987	3205931466	N.EPS	Jonathan A.			X						X					X			
Jhon Wilmer	1115186860	3135748006	N.EPS	Jhon Molina			X											X			
Ronal Grualdos	1049204583	3158573745	N.EPS				X											X			
Brayan Estiven Espinosa	1115186844	3231792519	Emssanar	Brayan E			+											+			

803 Bolivariano. todos.

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 19-sep-2024 | LUGAR: I.E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia-valle | HORA INICIO: 7am

FACILITADOR: Juan Jose Galeano | Semilleros. | HORA DE TERMINACION: 12:30m

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDÍGENA	ETNIA: ROM (gitana)	ETNIA: OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA FLIA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O)	CONDICION: VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Isabela Pineda	1115189601	3128219558	Nueva eps/ sub	Isabela Pineda	H. Santander	/												/			
Meily Dayana Valencia Arenas	1115188805 ~~1115188806~~	3205425413	Nueva eps/ sub	Meily Dayana.	1115188806	/												/			
Karen Andrea R.	1127210770	3145093135	emss/sub	Karen Andrea	H. Santander	/					/							/			
Michel Dahiana R.	1098050087	3147977841	/ Sub emssanar	Michel Reyes	H. Santander		/				/							/			
Heilin Jhojanna rodriguez	1115189159	3188107523	sub. emss	Heilin	H. Santander	/					/							/			
Maria jose Bios Becerra	1092459997	3088725417	Sub. emss	Maria jose	H. Santander	/					/							/			
Jonathan Ecpata P.	1094055060	3104001897	sanitas	Jonathan	H. Santander		/				/							/			
Alizon thaliana D.	1115188540	3233744-221	N-EPS		H. Santander	/					/							/			
Nathaly Alejandra Moso Martinez	1034401901	3135062258	~~emissanar~~		H. Santander	/					/							/			
maria camila garcia pedraza	1117.023874	3108101477	N-EPS	Camila	H. Santander	/					/							/			

803

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 19-sep-2024 | LUGAR: I.E bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia-Valle | HORA INICIO: 7 am

FACILITADOR: Juan Jose Galeano Maria Inmaculada | HORA DE TERMINACION: 12 pm

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDÍGENA	ETNIA: ROM (gitana)	ETNIA: OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA FLIA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O)	CONDICION: VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Mariana Rodriguez	1115188115	3147368829	SM Emss	Maria R.	H. Santander		✓											✓			
Juliana Quiroz	1115189808	3126041423	Nueva eps		H. Santander		✓											✓			
Karol Lizeth Rentes	1110530935	317 7904047	nueva eps	karol p.	H. Santander		✓											✓			
Jakeline Valdes Saviria	1115188929	304 3189019	Nueva eps	Jaeline	H. Santander		✓											✓			
Jadey Samava Uribe l.	1111680681	3232917503	Emss	Samava	H. Santander		✓											✓			
Sebastian Quitian Morales	1115785478	3726786768	EMSS	Sebastian	H. Santander	✓												✓			
Gely sManuela Parra	1115188800	3212057727	Nueva eps	Gely	H. Santander		✓											✓			
Johan stiven Restrepo	1115190041	3112433864	N. EPS	So	H. Santander	✓												✓			
sebastián Bedoya torres	1115889180	3104128508	Emss	Sebastian	H. Santander	✓												✓			

6 23

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 7.2018

FECHA: 19-sep-2024 | LUGAR: I.E Bolivariano Caicedonia-valle | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia - Valle | HORA INICIO: 7am | HORA DE TERMINACION: 12pm

FACILITADOR: Juan Jose Galeano | Maria Inmaculada

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDÍGENA	ETNIA: ROM (gitana)	ETNIA: OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA FLIA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O)	CONDICION: VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Rogger Alejandro Velasquez	1115189989	no tiene.	sub. emssanar		H. Santander		x				/							/			
Nicolas David sanchez	1121212936	3229130260	Sanitas		H. Santander		x				/							/			
Joe Enith Rios torres	1115359751	3128097201	SUB emssanar		H. Santander						/							/			
Andres Santiago	1115188395	318 6828888	N. eps sub		H. Santander		x				/							/			
Miguel Angel patiño	1115182440	No tiene	SUB emssanar		H. Santander		x				/							/			
JhonStiven León	1152413 10	No tiene	Cond. sanitas		H. Santander		x				/							/			
Juan José ortiz	1115791655	326 9643569	SUB emssanar		H. Santander		x				/							/			
Brandon estiben	1151903 0	3117048311	emsanar		H. Santander		x				/							/			
Osiel Cadavid	[illegible]	3233982305	Nueva		H. Santander		x				/							/			
Juan jose villa salinas	1115191327	3212917396	nueva		H. Santander		x				/							/			

103

700

BOLY

Secretaría de Salud Caldonia

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander
Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 17-sep-2024 | LUGAR: I.E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 7:9M

FACILITADOR: Juan José Galeano | Unidad Inmaculada | HORA DE TERMINACION: 12:10 9.M

Grado 9.0

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (aitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Marcela Jembuel m.	1115189402	3223009169	Nueva eps	Marcela	H. Santander		✓				✓				✓			
Luis Fernando del patiño	1115479782	3235044046	Nueva EPS	Luis d	H. Santander		✓				✓				✓			
Laura Sofia Vargas	1027937271	1028490898	nueva eps	Laura Vargas	H. Santander		✓				✓				✓			
Alejandra Ramirez	1115186313	3013743267	Nuevaeps	Alejandra	H. Santander		✓				✓				✓			
Eliana Perez G.	1091204430	3218588148	Nueva	Eliana Pérez	H. Santander		✓				✓				✓			
valery Dahiana T.	1003188742	3046538994	Emssanar	Valery.	H. Santander		✓				✓				✓			
Valery Roldan O.	1115.188350	3147753545	Emsanar	valery Roldan	H. Santander		✓				✓				✓			
Valery Carrillo G	1117022683	3214139997	Sura	Val.	H. Santander		✓				✓				✓			
Emmanuel sanchez C.	1115188494	3234086467	Nuevaeps	[illegible]	H. Santander		✓				✓				✓			
Daniel Escudero C.	1115187412	3215546745	Nueva	[illegible]	H. Santander		✓				✓				✓			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 17-sep-2024 | LUGAR: I.E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 8:00 AM

FACILITADOR: Juan Jose Galeano | Maria Inmaculada | HORA DE TERMINACION: 12:00 p.m

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (aitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Hernán David Romero	1,115,187,054	300,5316852	Nueva		H. Santander		X			/					/			
Yeiden Steven Gomez	1.115.184.955	3216550370	Nueva	Yeiden S.	H. Santander		X			/		X				X		
Juan David Giraldo M.	1115191478	3154759850	Ensarar	Juan David	H. Santander		X			/		X			X			
Luis Miguel Jimenez Loaiza	1115143813	3116812113	Nueva		H. Santander		X			/		X			X			
Valeria Rojas Izquierdo	1115186628	3163571573	Nueva	Valeria Rojas	H. Santander	X				/					X			
Ana Sofia Figueroa L	1115188058	3112260537	Nueva		H. Santander	X				/					X			
Maria José Peñuela G.	1094879	3122755421	Nueva	Maria José	H. Santander	X				/					X			
Jonickzon molina cabrera	1115188443	3128389661	Nueva		H. Santander		X			/		X			X			
Jeiran Diego	1006440099	3003458	46 Nueva		H. Santander		X			/		X			/			
Luis Felipe Marin L.	1112754667	3145093184	Nueva	Luis Felipe	H. Santander		X			/					/			

903

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 17-sep-2024 | LUGAR: I.E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 8:00 AM

FACILITADOR: Juan Jose Galeano | Ulgia Inmaculada | HORA DE TERMINACION: 12:00 P.M

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (raitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 ANOS	EDAD: 13-17 ANOS	EDAD: 18-29 ANOS	EDAD: 30-59 ANOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Santiago Herrera Rios	1094912546	3108223128	Nueva EPS	Santiago	H. Santander		✓			✓	✓				✓			
Juan David Diaz Garzon	1115 188 454	3126058978	Nueva EPS	Juan David	H. Santander	✓				✓					✓			
Ana Sofia Restrepo Londoño	1115187078	3235036793	Nueva EPS	Ana Sofia	H. Santander	✓				✓					✓			
Juan Camilo Bermudez	1115199089	3155705108	Nueva EPS	Juan Camilo	H. Santander		✓			✓					✓			
Laura sofia castro	1.115188041	3155896652	Nueva EPS	Laura castro	H. Santander	✓				✓					✓			

904

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander
Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 13-sep-2024 | LUGAR: I.E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 8:00 AM | HORA DE TERMINACION: 12:00 AM

FACILITADOR: Juan José Galeano | María Inmaculada

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (aitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Mariana Martínez	1115187375	3226054810	cosmitet	MarianaMartinez	H. Santander						✓				✓			
Laura Cardona	1115187401	3177184804	NuevaEPS	LauraCardona	H. Santander	✓					✓				✓			
Jhojan Daniel A.	1117021200	3012342867	EMSS	Jhojan D.	H. Santander		✓				✓				✓			
Mariana Matallana	1115184745	3218873277	Elsanar	marian M.	H. Santander	✓					✓				✓			
Fabio Hoyos	1115144199	3174220628	NEIS	FabioHoyos	H. Santander		✓				✓				✓			
Brayner Felipe Velasquez Ro	1115413427	3106345943	EMSS	Brayner	H. Santander		✓				✓				✓			
Keinner Yoel Reyes Melendez	1115911409	3024569595	Nueva EPS	Kei	H. Santander		✓				✓				✓			
John Mauricio Martinez	1115180745	340 8437666	Nueva epes	John	H. Santander		✓				✓				✓			
Brayner	1115185022	3136693471	Nueva EPS	Brayner	H. Santander		✓				✓				✓			
Juliana Giraldo	1115187674	3135710903	nuevaeps	Juliana	H. Santander	✓					✓				✓			

a04

Alcaldía Municipal de Caicedonia | Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander Caicedonia - Valle
Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 19-sep-2024 | LUGAR: I.E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 08:00 AM

FACILITADOR: Juan Jose Galeano | Maria Inmaculada | HORA DE TERMINACION: 12:00 P.M

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 ANOS	EDAD: 13-17 ANOS	EDAD: 18-29 ANOS	EDAD: 30-59 ANOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Geanimo A. Ospina f	1115197926	3233391140	Nueva eB		H. Santander		X			X					X			
Cardain Garzón Calle	1115185717	3011185932	sura	Cardain.	H. Santander	X									X			
Rubis Esmeralda Ci.	227 7550289	3146349798	No		H. Santander													
Wilder Alexander Ramirez	9864980	3015929038 garcia	Nueva	EPS	H. Santander													
Jhoansebastian moreno	1115187349	3122846868	NEPS	Jhoan.s	H. Santander													

11-03

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 18-Sep-2024 | LUGAR: I.E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 08:00 a.m

FACILITADOR: Juan José Galeano Maria Gradascaltada | HORA DE TERMINACION: 12:00 p.m

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Jefry ortega Ramirez	1115186607	3243980204	Nueva eps	Jefry ortega	H. Santander		X			X				✓				
Jorge Esteban Moscoso Meneses	1117016141	3208572010	Sanitas	JEM	H. Santander		X			X				X				
Juan Camilo Gomez Rodriguez	1115186773	3145652090	Nueva EPS	Juan Camilo	H. Santander		X			X					X			
Catalina Ortiz Quintas	1115186990	3128870119	Emsamar	Catalina Ortiz	H. Santander	X				X				X				
Guadalupe Estrada	1115186943	3234690070	EMsanar	Guadalupe	H. Santander	X				X					X			
Stefany Acal. C.	1115185762	3116380056	NuevaEPS	Stefany	H. Santander	X				X					X			
Karen Daniela Salazar	1115185916	3116197499		Karen V.	H. Santander					X					X			
Liz Karina cedano Peña	1569457	3183503912	Nueva Eps	Liz cedano	H. Santander	X				X					X			
Dafne Verónica Mendieta	1115185690	3148797145	Sura	Dafne Mendieta	H. Santander	X				X				X				
Dahiana Alejandra Hernandez	1115.184.944	3235246332	Nueva EPS	Alejandra Hernandez	H. Santander	X				X				X				

11-03

Alcaldía Municipal de Caicedonia Unidos Vivimos Paz 2024 – 2027 | Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander Caicedonia - Valle
Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 18 - Sep - 2024 | LUGAR: I.E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 8:00 am

FACILITADOR: Juan Jose Galeano | Maria Inmaculada | HORA DE TERMINACION: 12:00 p.m

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Miguel Angel Arango Acosta	1115785279	3147809653	Nueva E.P.S	Miguel Angel A.	H. Santander		X			X					X			
Samantha henao Mejia	1115186709	3206754008	Nueva E.P.S	Samantha H.	H. Santander					X					X			
Laura Sofia Reyes A	1115186967	3164625380	Nueva E.P.S	Laura R	H. Santander	X				X					X			
Emily Julieth Escobar O	1115184108	3209533432	Nueva E.P.S	Emily Escobar	H. Santander	X				X					X			
Kevin Santiago Zuñiga C	1115184631	3173031607	Ponal	Kevin	H. Santander		X			X					X			
Karen Dayana Moreno	1115186543	3014614422	Cmsaar	Karen Moreno	H. Santander	X				X					X			
Braian steven grajales	1115183482	3224738754	Nueva eps	steven	H. Santander		X			X					X			
Santiago gutierrez O	1114185308	3113223358	Nueva EPS	Santiago	H. Santander		X			X					X			
Santiago Arbolicobal G	1115187168	3234382556	Coomeva	S.A.G	H. Santander		X			X					X			
Santiago Carrillo G.	1117352117	3206390487	N. EPS		H. Santander		X			X					X			

11-03

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander Caicedonia - Valle
Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 18 - sep - 2024 | LUGAR: I.E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 8:00 am

FACILITADOR: Juan Jose Galeano | Maria Inmaculada | HORA DE TERMINACION: 12:00 p.m

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (aitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBTI DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Mariana León Rivera	1115186594	3206256147	SURA	Mariana León	H. Santander	X				X					X			
Michel Dahiana Gutierrez	1115187011	3169860869	Saludtas	Michel Dahiana	H. Santander	X				X					X			
Jeidy Sofia Palacio	1111547365	3135290060	Emssanar	Sofia Palacio	H. Santander	X				X					X			
Karen Daniela Suarez Gómez	1115185896	3182614251	Nueva eps	Daniela gomez	H. Santander	X				X					X			
Yuliana Cerezo M	1112958729	3174092374	Nueva Eps		H. Santander	X				X					X			
Jhoan Steven Gallego C.	1115186744	320 8379950	Emssanar		H. Santander		X			X					X			
Sebastian taborda G	1115184800	3183474110	Emssanar	sebastian	H. Santander		X			X						X		

11-03

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia - Valle — *Trabajando por la Salud !*

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: 18-Sep-2024 | LUGAR: I.E Bolivariano | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 8:00 a.m.

FACILITADOR: Juan José Galeano | Maria Jaramillo | HORA DE TERMINACION: 12:00 p.m.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Briyith Andrea Flórez Ríos	1023375061	3043962310	Famisanar	BRIYITH FLÓREZ	H. Santander					X					X			
Sheryn rodriguez ospina	1115187437	322838 6771	La nueva	Sheryn	H. Santander	X				X					X			
María Alejandra Morales Cruz	1115186791	3128412403	Emmsanar	María	H. Santander	X				X					X			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: Septiembre 21 - 2021.
LUGAR: Hospital Santander
MUNICIPIO SEDE: Caicedonia
FACILITADOR: Aux. enfermeria Luisa Cifuentes (influenza)
charla CBS Salud Publica
HORA INICIO: 7:00 AM
HORA DE TERMINACION: 10:00 AM

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (aitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Duvan Alexis Agudelo Londoño	1115485312	3117946860	N EPS	Duvan Agudelo			X			X						X		
Yenci Alexandra Florez	1115194665	3108220278	N EPS	Yensy AF		X				X						X		
Oscar Martinez	94250134	3011801370	N EPS				X			X								Y
Leidy Johana Toro	1115184866	3016737773	N EPS			X				X							X	
Jorge Humberto Castro	6275755	3014520897	N EPS				X			X							X	
Janna Camila Montoya	1105468454	3016737773	NEPS	Janna Toro.		X				X					X			
Amaili Rodriguez	1115444117	3239447610	Emss	Amaily		X				X	X					X		
Jose Ricardo Ladino Heraо	1006373244	3196941039	N EPS	Ricardo H			X			X						X		
Maria Consuelo Heraо Lopez	66962280	3106904928	N EPS	consuelo H		X				X	X						X	
Lucila Vargas Gutierrez	43025270	3103479897	N EPS	Lucila Vargas		X				X	X							X

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: Septiembre 21-2024.
LUGAR: Hospital Santander
MUNICIPIO SEDE: Caicedonia
HORA INICIO: 7:00 AM
FACILITADOR: Aux. enfermeria Luisa Cifuentes (influenza)
charla EBS Salud Publica.
HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA		0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Lida Sranc Restrepo	1024496785	3153553692	N EPS	Lyda Restrepo		X					X									X	
Arnol Pino Calle	1115190444	3212917141	N EPS	Arnol Pino			X				X									X	
Glady Smintson Paez	52514931	3162058444	N EPS	LADY PAEZ							X									X	
Hernan Dario Garzón	94461757	3138169721	N EPS	Geerman Garzon			X				X									X	
Liset Rivera Galeano	1115190473	3148109239	N EPS	LRG.		X					X									X	
Lisardo Gallo	8335227	3162919333	N EPS	Lizardo			X				X										X
Duan Antonio Cardenas	4523475	3145912020	Emssanar	Duvan Antonio			X				X										X
Leidy Rodriguez	1006005273	3213231760	N EPS	Leidy Rodriguez		X					X								X		
Karen Gallego	1109001465	3213231760	N EPS	Jharen gallego		X					X							X			
Luisa Fernanda Lopez	1007357282	3102054925	N EPS	Luisa López		X					X									X	

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia - Valle — Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: Septiembre 20 - 2024
LUGAR: Caicedonia
MUNICIPIO SEDE: Hospital Santander.
HORA INICIO: 7:00 AM
HORA DE TERMINACION:
FACILITADOR: Aux. Enfermeria Luisa Cifuentes (Tuberculosis)
Educación EBS relacionadas con enfermedad de interés en salud pública.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana)	ETNIA: OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 ANOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 ANOS	EDAD: 30-59 ANOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Maria Lucelly Velez	38894350	3116005169	N EPS			x					x								x	
Luz Mary Cifuentes	29328902	3109049024	N EPS			x					x									x
Laura Celeste Arango	TI 1092855903	3232257577	Comitel	Laura Celeste		x					x						x			
Graciela Giraldo	21205205	3244242364	N. EPS	Graciela		x					x									x
Nubia Vergara	66961119	3244242364	SOS	Nubia V		x					x								x	
Valeria Moncada Beltran	1007605303	3053183AT	N EPS	Valeria M		x					x							x		
Maria Elia Martinez	29331594	3236005242	N EPS	Maria M.		x					x									x
Luz Alfredo Cruz	6213023	3203750256	N EPS	Luis Alfredo			x				x									x
Juan de jesus Mendez Arcila	19260533	3235071806	N EPS	Juan de Jesus			x				x									x
Alfonso Angarita Pinilla	14319085	3145059909	N EPS				x				x									x

Alcaldía Municipal de Caicedonia	Secretaría de Salud	PROCESO: GESTIÓN EN SALUD SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO	Hospital Santander Caicedonia - Valle Trabajando por la Salud !	Código: 130-04.1 Versión: 002 Fecha: 27.07.2018

FECHA:	LUGAR: Hospital Santander	MUNICIPIO SEDE: Caicedonia	HORA INICIO: 7:00 AM
FACILITADOR: Aux. Enfermeria Luisa Cifuentes (Tuberculosis)			HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (aitana)	OTRO	MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O) VICTIMA				0-12 ANOS	13-17 ANOS	18-29 ANOS	30-59 ANOS	60 A MAS AÑOS
Maria Nohelia Daza Mendieta	29328006	3113202305	Emss.	Nohelia Daza		X					X											X
Luz Estella Trejos Mendez	66962526.	3103615060.	Emss	Estella Trejos		X					X										X	
Gloria Ines Gomez.	29328117	3218669212	Emss.	Gloria Ines G		X					X											X
Ofelia Jaramillo Duque	29328578.	3146288996	N EPS	Ofelia Jaramillo		X					X											X
Sara Salinas García	1015182261	3233653003	N. EPS	Sara Salinas		X					X									X		
Liliana García Molina.	66962523	3133530250	N. EPS	Liliana Garcia		X					X										X	
Luis Fernando Ocampo	94281952	3208270518	N. EPS	Luis Fernando O			X				X										X	
Luz Mary Cifuentes Espinoza	29328492	3104549024	N. EPS.	Luz Mary		X					X										X	
Laura Celeste Arango Matos.	1094855403	3233225367	Cosmitel	Laura C.		X					X									X		
Juan Carlos Gonzalez Cobrado.	94461927	Sin dato	N. EPS.	Juan Carlos		X					X											X

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: Septiembre 20-2024
LUGAR: Hospital Santander
MUNICIPIO SEDE: Caicedonia Valle
HORA INICIO: 7:00
FACILITADOR: Aux. Enfermeria Luisa Cifuentes. (Tuberculosis)
Educación EBS relacionadas con enfermedad de interes en Salud Publica.
HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER_CABEZA	LGBTI DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O) VICTIMA			0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
William Guerrero	4522682	3202109267	N EPS	William Guerrero			x				x										x
Alexander Osorio	94964121	3217825359	N EPS			x	x				x									x	
Lidia Arias Perez	29327069	3137212532	N EPS	Lidia Arias Perez		x					x										x
Maria Andrea Nuñez	66969593	3147383018	N. EPS	Maria Andrea		x					x									x	
Carlos Alberto Figueroa	10279669	3133486714	N. EPS	Carlos FH			x				x									x	
Ferney Correa	6209335	3148859467	SOS	Ferney Correa			x				x										x
Lida Pihediahita.	29323958	3108209558	FOMAG.			x					x										x
Silvani Jimenez	1115091093	3122714133	N EPS.	Stefany Jimenez							x								x		
Angela Maria Caro Vallejo	66888505	3117298731	N EPS.	Angela Maria Caro		x					x									x	
Alberto Gonzales Gongales	6213391	3217475427	N. EPS.				x				x										x

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA:

LUGAR: Hospital Santander

MUNICIPIO SEDE: Caicedonia

HORA INICIO: 7:00 AM

FACILITADOR: Aux. Enfermeria Luisa Cifuentes (Tuberculosis)

HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana)	ETNIA: OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O)	CONDICION: VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Gilberto Gonzales Rodriguez	28397444	3125232050	N. eps.				X				X										X
Hector Valencia	627297	3218773127	N eps.				X				X										X
genessis Machado	1088360686	3205976882	N eps			X					X									X	
Edurvigilda Rodriguez	29698706	3107404034	Sura			X					X										X
gloria Ampero Roblano	29328624	3507312645	N. eps.			X					X										X
Luis Alberto Varon	1272655	3113788736	Sura				X				X										X
Lisandra Magallanc	6268448	3008451846	N. eps.			X					X									X	
Maira Alejandra Salazar	1115183931	3013584898	Emssanar	ALEJANDRA S.		X					X									X	

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Transformando Juntos — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia · Valle — Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: Septiembre 18-2024
LUGAR: Hospital Santander
MUNICIPIO SEDE: Caicedonia
HORA INICIO: 7:00 AM
FACILITADOR: Auxiliar de enfermeria Luisa Cifuentes (Dengue).
Educación EBS relacionadas con enfermedad de interes en salud Publica.
HORA DE TERMINACION: 11:00 AM

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
William Guerrero	4522682	3202104267	N EPS	William Guerrero			X			X								X
Luz Mary Gnaldo	29327784	3137075151	N EPS			X				X								X
Valentina Cubillos	1115183331	3137075151	N EPS	Valentina C.		X				X						X		
Ivan Mendez	1115195703	3112662090	N EPS			X				X						X		
Nora Polache Gaviria	29331651	3146408598	SOS	Nora polache		X				X								X
Edwar Leandro Hurtado	94463819	3153176634	N EPS				X			X							X	
Marco Antonio Garcia	16276816	3106411755	N EPS			X				X								X
Lilian Granada	29817307	3225399030	N EPS			X				X							X	
Luz Enit Rengifo	29331649	3206932301	Emssanar	Luz R.		X				X							X	
Sarah Gutierrez	1115182210	3117902286	N EPS	Sarah Gutierrez		X				X							X	

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: Septiembre 17 - 2024
LUGAR: Hospital Santander
MUNICIPIO SEDE: Hospital Caicedonia
HORA INICIO: 7:00 AM
HORA DE TERMINACION: 11:00 AM
FACILITADOR: Auxiliar de enfermeria Luisa Cifuentes (Dengue).
Educación EBS relacionados con enfermedad de interés en Salud Pública.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (aitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Sandra Patricia Zambrano	1.115.190.671	3113315475	N EPS	Sandra Zambrano		X				X							X	
Mary Quintero	29331112	3127039588	N EPS	Mary Quintero		X				X							X	
Juan Pablo Baena	1006373712	3235921310	N EPS	Juan Pablo B.			X			X						X		
Carmen Quintero	29330546	3136300844	N EPS			X				X								X
Anuar Velasquez	94254517	3158592016	Sura	Anuar Velasquez			X			X							X	
Maria Monica Narcña	29775640	3106906525	N EPS	Maria Monica N.		X				X							X	
Oscar Opina Osorio	2922452	31011954	N EPS	Oscar O.			X			X								X
Alba Inés Marulanda	29320453	3127309762	FOMAG	Alba Inés M.		X				X								X
Gloria Acosta Gonzalez	21242747	3114155005	N. EPS	Gloria Acosta G.		X				X								X
Jeidy yuliet Lydia	1070919506	3108930436	Emssanar	Jeidy yuliet		X				X							X	

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander Caicedonia y Sevilla — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: Septiembre 18 - 2024
LUGAR: Hospital Santander
MUNICIPIO SEDE: Caicedonia
HORA INICIO: 7:00 AM
HORA DE TERMINACION: 11 AM
FACILITADOR: Auxiliar de enfermeria Luisa Cifuentes (Dengue)
Educación EBS relacionadas con enfermedad de interés en Salud pública.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana)	ETNIA: OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O)	CONDICION: VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Faride Correa Valencia	29327013	3154128678	N EPS	Faride Correa		X					X										X
Gloria Cecilia Mateus Marin	41893326	3141518555	N EPS	Gloria Mateus		X					X										X
Maria Noelia Mendez	29327231	3234401053	Emssanar	Noelia mendez		X					X										X
Luz Mery Palacio	29328471	3183744034	Emssanar	Luz P.		X					X										X
Yenifer Ortiz	1115194752	3218874557	N EPS	Yenifer ortiz		X					X								X		
Luis López	94250654	3234302858	Emssanar	Luis Lopez			X				X										X
Paola Andrea Mateus	1006217286	3137620673	Emssanar	Paola M.		X					X									X	
Wilson Caro	1115193301	3024405038	N EPS	Wilson			X				X								X		
Brayan Vasquez	1006673702	3126022373	Emssanar	Brayan V			X				X								X		
Karen Dayana Quitian	1007518719	3225161284	N. EPS	Karen Quitian		X					X								X		

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia - Valle — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: Septiembre 13 - 2024
LUGAR: Hospital Santander.
MUNICIPIO SEDE: Caicedonia.
HORA INICIO: 7:00 AM.
FACILITADOR: Auxiliar de enfermeria Luisa Cifuentes (Dengue)
Educación EBS relacionados con enfermedad de interés en Salud pública.
HORA DE TERMINACION: 11:00 AM

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA		0-12 ANOS	13-17 ANOS	18-29 ANOS	30-59 ANOS	60 A MAS AÑOS
Maria Fabiola Pelaez	24923607	3169611615	N. EPS	Maria Fabiola Pelaez		X					X										X
Wilson Cano Solano	1115193301	3024405038	N. EPS	Wilson Cano			X				X								X		
Coz Marina Ocampo	24328846	3115260740	N. EPS	Luz Marina Ocampo.		X					X										X
Leidy Viviana Valderrama	66964619	3113271251	N. EPS	Leidy Viviana V.G.		X					X									X	
Alexandra Ospina Quintero	1115194991	3164621615	N. EPS	Alexandra O		X					X								X		
Liliana Herrera	1115186064	3108251361	N EPS	Liliana H.		X					X									X	
Nicol Dayana Herrera	1115190228	3127617054	N EPS	Nicol Dayana		X					X							X			
Yerson Marin	1113305010	3105264238	Sura				X				X									X	
Diego Fernando Bustamante	1115191661	3113031548	Sura				X				X									X	
Luz Mery Zapata	66888828	3117110168	N. EPS	Luz Mery Zapata		X					X									X	

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander Caicedonia / Valle — *Trabajando por la Salud !*

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: Septiembre 18 - 2024
LUGAR: Hospital Santander
MUNICIPIO SEDE: Caicedonia
FACILITADOR: Auxiliar de enfermeria Luisa Cifuentes (Dengue).
Educación EBS relacionados con enfermedad de interés en Salud Pública.
HORA INICIO: 7:00 AM
HORA DE TERMINACION: 11:00 AM

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDIGENA	ROM (aitana)	OTRO	MUJER CABEZA	LGBT DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA			0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Karol Rodriguez	1005868057	3173730150	Emssanar	Karol		X					X									X		
Jazmin Fernandez	1115186512	3214225579	N. EPS	Jazminfernandez		X					X										X	
Leonor Pulgarin	29335211	3144426004	Nora	Leonor Pulgarin		X					X											X
Omaira Garcia	29332808	3218102345	N. EPS	Omaira Garcia		X					X										X	
Maria Eliza Pacheco	29324526	3218384154	Emssanar	Mga. Eliza		X					X											X
Elizabeth Ceballos	38668239	3126498928	Emssanar	Maria Ceballos		X					X										X	
Blanca Ines Toro	29329860	3235464265	N EPS	Blanca Ines		X					X											X
Maria Cecilia Lopez de Toro	29841623	3235464265	N EPS	Maria		X					X											X
Maria Helena Gallego	29332289	3135208830	Emssanar	Maria G.		X					X										X	
Luis Alberto Osorio	4525674	3234762955	Emssanar	Luis Alberto Osorio			X				X										X	

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud!

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: Septiembre 18-2024
LUGAR: Hospital Santander
MUNICIPIO SEDE: Caicedonia
HORA INICIO: 7:00 AM
HORA DE TERMINACION: 11:00 AM
FACILITADOR: Auxiliar de enfermeria Luisa Cifuentes (Dengue)
Educación EBS relacionados con enfermedad de interés en Salud pública.

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBTI	CONDICION: DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 ANOS	EDAD: 13-17 ANOS	EDAD: 18-29 ANOS	EDAD: 30-59 ANOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Hernando Hurtado Quintero	94251036	3127581136	Surg				X			X									X
Jadier Peña	6211813	3185812300	N. EPS				X			X									X
Glenny Torrealba	6549976	3136653175	N. EPS	Glenny T.		X				X								X	
Yesenia Gallego	1115183054	3217477810	Emssanar	Yesenia Gallego		X				X							X		
Luz Alba Agudelo	29331362	3157978705	SOS	Alba Agudelo		X				X								X	
Alejandra Sanabria	31583873	3148181987	Emssanar	Alejandra sanabria		X				X								X	
Norlly Marcela Escobar	29820389	3187235452	Emssanar	Norlly Marcela E...		X				X								X	
Cesar Augusto Patiño	94279197	3196728974	Emssanar				X			X								X	
Maria Eugenia Gonzalez Otr	1114400769	3182325180	N. EPS			X				X								X	
Gloria Jaramillo	29136202	3164611615	Salud total	Gloria Jaramillo		X				X								X	

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia - Valle — Trabajando por la Salud !

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 27.07.2018

FECHA: Septiembre 18 -2024
LUGAR: Hospital Santander
MUNICIPIO SEDE: Caicedonia
HORA INICIO: 7:00 AM
HORA DE TERMINACION: 11:00 AM
FACILITADOR: Auxiliar de enfermena Luisa Cifuentes (Dengue)
Educación en BS relacionadas con enfermedad de interes en Salud pública

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO: FEMENINO	SEXO: MASCULINO	ETNIA: AFRO	ETNIA: INDIGENA	ETNIA: ROM (gitana) OTRO	CONDICION: MUJER CABEZA	CONDICION: LGBT DISCAPACIDAD	CONDICION: DESPLAZADA (O) VICTIMA	EDAD: 0-12 AÑOS	EDAD: 13-17 AÑOS	EDAD: 18-29 AÑOS	EDAD: 30-59 AÑOS	EDAD: 60 A MAS AÑOS
Samuel Padilla	TI 1115190353	3108930435	Emssanar	Samuel Padilla S.			X			X					X			
Karen Sofia Jurado	TI 1115189017	3218970491	N. EPS	Karen Sofia		X				X					X			
Omar Fernando Olarte Paz	80744659	3203943583	N. EPS	Olarte			X			X							X	
Eliana Beltrán	1115183338	3117167065	Sura	Eliana B.		X				X							X	
Diana Cristina Hernandez	1115198035	3127519030	N EPS	Cristina H.		X				X							X	
William Rios Riaño	86039126	3229152499	N EPS	William			X			X							X	
Omaira Rangel	5429212	3176050915	N EPS	Omaira		X				X							X	

Gest - lactantes

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 28-09-2024 | LUGAR: Hospital Santander | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO:

FACILITADOR: Mary Alejandra Nutrición | HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION					EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Mayra Alejandra Castaño	1115179440	3103470660	N.EPS	Mayra Castaño	H. Santander	X					X									X	
Mary Luz Narvaez	1006373181	3174184101	Emssanar	Mary Luz	H. Santander	X					X								X		
Jenifer Ortiz Valencia	1115194752	3218674557	N.EPS	Yenifer Ortiz	H. Santander	X					X								X		
Claudia Patricia Gomez	1097401660	3146324124	Emssanar	Claudia P	H. Santander	X					X									X	
Jessica Andrea Gomez	1115187414	3143431120	N.EPS	Jessica Gomez	H. Santander	X					X								X		
Zenaida Gonzalez	1115187414	3143431120	N.EPS	Zenaida	H. Santander	X					X									X	
Laura Daniela Arcila	1115187501	3178367441	N.EPS	Laura Daniela	H. Santander	X					X						X				
Estefania Rivera	1097406598	3132467303	N.EPS	Estefania Rivera	H. Santander	X				X	X								X		
Nathalia Valencia	1.6284714	3209444428	N.EPS	Nathalia V.	H. Santander	X				X	X						X				
Belkys Urbina	63475641	3143866862	N.EPS.	Belkys	H. Santander	X				X	X									X	

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 28-08-2024 | LUGAR: Hospital Santander | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 14:00

FACILITADOR: Harly Alejandra navia | Nutrición | HORA DE TERMINACION: 16:00

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA		0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Rafael Yuliana Ibarra	1078266037	3136479333	N. GN	X Yuliana	H. Jurisdiccion	X					X									X		
Luisa Fernanda Castro	1115192655	3218613030	N. GN	X Luisa Fernanda	H. Jurisdiccion	X					X									X		
Lina maria Henao	1115193626	3146301451	N. GN	Linamaria	H. Jurisdiccion	X					X									X		
Ana Gabriela Ramirez	1113593814	3145807569	N. GN		H. Jurisdiccion	X					X										X	
Nayiver Ramirez muñoz	1115575450	3226853076	GN	Nayiver	H. Jurisdiccion	X					X									X		
Darcy yamileth Ramirez	1115575965	3235958681	Emssp	X Darcy Yamile	H. Jurisdiccion	X					X									X		
Dana yesi Osorio	1007598439	3113539492	GN	Dana Osorio	H. Jurisdiccion	X					X									X		
Carol Tatiana Arboleda	1006773189	3117039777	GN	Carol Arboleda	H. Jurisdiccion	X					X									X		
Alisson Campiño	1115183941	3234096884	N. GN	Alisson C.	H. Jurisdiccion	X					X									X		
Lorena Andrea Colonia	1115571148	3235953661	GN	Lorena	H. Jurisdiccion	X					X									X		

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Una Fernández Bogue — Alcalde 2016-2019

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 21-09-24	LUGAR:	MUNICIPIO SEDE:	HORA INICIO:
FACILITADOR:			HORA DE TERMINACION:

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA		0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Isabel Sofia Quinchia	1115886035	3165237508	Emssanar	Isabel Sofia Quinchia	H. Santander	X					X								X			
Diana Vanessa Betancur	1115793073	3218738174	N. EPS	Diana Betancur	H. Santander	X					X									X		
Francheska Evelyn Salazar	6120407	3183943281	N. EPS	Francheska Salazar	H. Santander	X					X									X		
Meibi Yorlin Melendez	4477169	3155241124	N. EPS	Meibi M.	H. Santander	X					X										X	
Luz Angela Garcia	1115191635	3217217457	Asmet Salud	Angela Garcia	H. Santander	X					X									X		
Lizeth Juliana Florez	1006373791	3148410445	N. EPS	Lizeth	H. Santander	X					X									X		
Alejandra Tangarife	1094709694	3218657431	N. EPS	Alejandra Tangarife	H. Santander	X					X									X	X	
Maria Camila Palma	1085744091	3235296509	N. EPS	Maria	H. Santander	X					X										X	
Marlen Ruby Herrera	1061717477	3219237156	N. EPS	Marlen Herrera	H. Santander	X					X										X	
Elizabeth Cardona	1006373262	3186146476	Emssanar	Elizabeth	H. Santander	X					X									X		

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 25-09-2024 | LUGAR: Hospital Santander | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 14:00

FACILITADOR: Maria Alejandra Nuñez | PONENTE | HORA DE TERMINACION: 16:00

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Rosana Daza Santamaria	1115193282	3127633028	N. EPS	X Rosana	H. Santander	X					X								X			
Sandra Katherine Valencia	1097777262	3113132941	N. EPS	Sandra Katherine V.	H. Santander	X					X								X			
Estefania Rivera	1097406892	3132465710	N. EN	Estefania Rivera	A. Santander	X					X								X			
Beikys Urbina	63475 64	3143181862	N. EN	Beikys Urbina	H. Santander	X					X									X		
Maria Jose Gutierrez	1013686134	3218365412	N. EN	[illegible]	H. Santander	X					X								X			
Luz Dary Arcila	1004907983	3108312137	N. EPS	X Luz Dary A.	H. Santander	X					X									X		
Luz Elena Ospina	1115184280	3105247469	EMSS	X Luz Eliana	H. Santander	X					X									X		
Estefania Montoya F	1115194994	3113773651	N. EPS	Estefania Montoya	H. Santander	X					X											
Leslie Durana TOVO.	1005372102	3012330962	N. EN	X Leslie Tovo	H. Santander	X					X								X			
Maria Fda Correa L.	1097390737	3103408305	N. EPS	X Maria C.	H. Santander	X					X								X			

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Una Transformación Creciente

Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Caicedonia · Valle — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 07.2018

FECHA: 04-09-2024 | LUGAR: Hospital Santander | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 14:00

FACILITADOR: Maria Alejandra Arias. | Puerperio | HORA DE TERMINACION: 16:00

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Jesica Paola Patiño	1115189282	3216941484	N. EPS	X	H. Santander	X					X									X	
Mariana Cruz Bermudez	1004963480	3106312767	Sura	X Mariana Cruz B	H. Santander	X					X	X							X		
Jesica Alejandra Varon	1115186121	3147039802	Emssanar	X Jessica Varon	H. Santander	X					X								X		
Anhely Gabriela Sumoza	5502796	3147039802	Emssanar	Anhely Sumoza	H. Santander	X					X							X			
Estefania Bernal Silva	1094878095	3126049752	N. EPS	X estefania bernal	H. Santander	X					X								X		
Nathalia Gutierrez	1089708115	3104932976	N. EPS	X natalia Gutierrez	H. Santander	X					X								X		
Anhely Gabriela Sumoza	5502794	3104994128	N. EPS	X Anhely S.	H. Santander	X					X								X		
Jesica Alejandra Varon	1115186121	3235503532	Emssanar	* Jessica	H. Santander	X					X								X		
Maria del Carmen Garcia	1004670243	3145913144	N. EPS	X Maria del C.	H. Santander	X					X								X		
Ana Gabriela Ramirez	1113593864	3145867569	N. EPS	X	H Santander	X					X									X	

Alcaldía Municipal de Caicedonia — Secretaría de Salud

PROCESO: GESTIÓN EN SALUD
SUBPROCESO: GESTIÓN DE COMUICACION E INFORMACION
REGISTRO ASISTENCIA EXTERNO

Hospital Santander — Trabajando por la Salud

Código: 130-04.1
Versión: 002
Fecha: 7.2018

FECHA: 11-09-2024 | LUGAR: Hospital Santander | MUNICIPIO SEDE: Caicedonia | HORA INICIO: 14:00

FACILITADOR: Mary Alejandra Nevia | Proyecto | HORA DE TERMINACION: 16:00

NOMBRE APELLIDO	No CEDULA	TELEFONO	EPS	FIRMA	ENTIDAD	SEXO		ETNIA				CONDICION						EDAD				
						FEMENINO	MASCULINO	AFRO	INDÍGENA	ROM (gitana)	OTRO	MUJER CABEZA FLIA	LGBT	DISCAPACIDAD	DESPLAZADA (O)	VICTIMA	0-12 AÑOS	13-17 AÑOS	18-29 AÑOS	30-59 AÑOS	60 A MAS AÑOS
Nariver Ramirez rincon	1115575450	3226586076	Emssanar	X Nariver	H. Santander	X					X								X			
Darcy Yamileth Ramirez	1115575450	3226535076	Emssanar	Darcy Yamileth	H. Santander	X					X								X			
Dana Yesli Ojeda	1037598478	3135539442	E.S.S	Dana Yesli Ojeda	H. Santander	X					X	X							X			
Lina Marcela Ospina	1115190344	3053879183	N. EPS	Lina Marcela Ospina	H. Santander	X					X									X		
Daniela Ramirez Amariz	1004063642	3186472336	N.EPS	X Daniela Ramirez	H. Santander	X					X								X			
Yuri Alejandra Rubiano	1115193094	3226513677	N.EPS.	Yuri Alejandra Rubiano R	H. Santander	X					X								X			
Diana carolina Espinal	1115193484	3001614109	N.EPS	X Carolina Espinal E	H. Santander	X					X								X			
Maria Fernanda correa	1097390337	3103408305	N.EPS	X Maria correa	H. Santander	X					X								X			
Lina marcela Hernandez	1115193626	3146301751	N.EPS	X Lina Marcela H.	H. Santander	X					X								X			
Mary Luz Munoz	1036373101	3174184031	Emssanar	X Muñoz M.	H. Santander	X					X								X			

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Jhon Eder Bedoya Arroyave

Identificación: 98712505

II. INFORMACIÓN

Yo Jhon Eder Bedoya Arroyave, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alejandro Moreno me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Silvio Ferney Quiroz Chalar

Identificación: 1004637558

II. INFORMACIÓN

Yo Silvio Ferney Quiroz, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLGLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

X FERNEY CHAVEZ

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Jose Arcadio Yepes Rios

Identificación: 9735125

II. INFORMACIÓN

Yo Jose Arcadio Yepes, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo X
Solicitud Voluntaria

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. SI autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo_____; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C. 1.095.300.809

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 23-09-24 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Luis Julian Agudelo Arias

Identificación: 1113308809

II. INFORMACIÓN

Yo Luis Julian Agudelo, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor _____ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Jaime Alberto Lopez Avalo

Identificación: 94461382

II. INFORMACIÓN

Yo Jaime Alberto Lopez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Nicolas Rodriguez me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

X. Jaime Alberto López

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander Empresa Social del Estado — Excelencia y Vida HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2021 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Juan Camilo Bedoya Díaz

Identificación: 1116436485

II. INFORMACIÓN

Yo Juan Camilo Bedoya, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alexander Rodriguez me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo_X_; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s). señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santanrier	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Gustavo Adolfo Calcedo Solis

Identificación: 1117012223

II. INFORMACIÓN

Yo Gustavo Adolfo Calcedo, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Hector Ramirez me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente
C.C.

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander Bucaramanga / Valle HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Jhonier Stiven Carreño Ledesco

Identificación: 1144082520

II. INFORMACIÓN

Yo Jhonier Stiven Carreño, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Hector Rendon me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

X ARV 6610
Firma del Paciente
C.C.

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que, se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander Empresa Social del Estado Bucaramanga / Vélez HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Anyelo Alejandro Nuñez Ramirez

Identificación: 1006433807

II. INFORMACIÓN

Yo Anyelo Alejandro Nuñez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor ALEJANDRO NUÑEZ me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander Bucaramanga / Valle	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que;

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

X Andres Alzagaco
Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Andres Alejandro Varona Valencia

Identificación: 1005094106 7

II. INFORMACIÓN

Yo Andres Alejandro, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente, por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente C.C.	HUELLA DEL PACIENTE	Firma del acudiente o testigo C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Marlon Andres Vargas Cantor

Identificación: 1004960399

II. INFORMACIÓN

Yo Marlon Andres Vargas, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alejandro Moreno me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2010

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Andrés Felipe Chaparro Suarez

Identificación: 1007756823

II. INFORMACIÓN

Yo Andrés Felipe Chaparro, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alejandra Monsalve me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo X
Solicitud Voluntaria _____

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Sí autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente
C.C.

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Andres Camilo Castrillon Hereo

Identificación: 1010113810

II. INFORMACIÓN

Yo Andres camilo. Castrillon, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

X Andres Camilo C. H

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente X David Goyeneche
C.C.

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander / HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: José David García

Identificación: 1192797126

II. INFORMACIÓN

Yo José David García, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente por medio del presente documento de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Heidy Rodríguez me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santandier / HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Jhon Eider Correa Diaz

Identificación: 1113311434

II. INFORMACIÓN

Yo Jhon Eider Correa, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alejandro Ramirez me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Jhon Edier Correa Diaz

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente C.C.	HUELLA DEL PACIENTE	Firma del acudiente o testigo C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2021 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Alexander Montoya Castrillon

Identificación: 1005095797

II. INFORMACIÓN

Yo Alexander Montoya Castrillon, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento manifiesta de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alexander Montoya me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander Empresa Social del Estado Bucaramanga / Floridablanca	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Alvaro Felipe

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Andrés Felipe Arias Ibarra

Identificación: 1000538980

II. INFORMACIÓN

Yo Andres Felipe Arias, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor ALEXANDRA MORENO me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Santiago Serna Vasquez

Identificación: 1054478185

II. INFORMACIÓN

Yo Santiago Serna Vasquez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

X Santiago Sierra
Firma del Paciente
C.C.

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

- El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander Empresa Social del Estado Bucaramanga / Piedecuesta HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Nicolas Henao Almaria

Identificación: 1088239936

II. INFORMACIÓN

Yo Nicolas Henao Almaria, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alejandro Herrera me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente X Diedes Hernandez
C.C. X1088289936

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

- El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Guillermo Alvarez Castillo

Identificación: 1781841 4

II. INFORMACIÓN

Yo Guillermo Alvarez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente
C.C.

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2021 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Jhon Fredy Valencia Valencia

Identificación: 94289109

II. INFORMACIÓN

Yo Jhon Fredy Valencia, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento declaro expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Jhon Fredy Valencia

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander Empresa Social del Estado Bucaramanga / Piedecuesta	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo___X___; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

x Cristian David Ortega

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander Cúcuta / Valle	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Cristian David Hurtado Arteago

Identificación: 1088307753

II. INFORMACIÓN

Yo Cristian David Hurtado, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alejandro Ramirez me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo _____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Jose David
Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: José David Oviedo Cano

Identificación: 1152472190

II. INFORMACIÓN

Yo José David Oviedo Cano, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento manifiesto de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alejandro Restrepo me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo_X_; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Robin Gonzalez Firma del Paciente C.C.	HUELLA DEL PACIENTE	Firma del acudiente o testigo C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Robin Andres Gonzalez Garcia

Identificación: 1006464613

II. INFORMACIÓN

Yo Robin Andres Gonzalez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alejandra Montaño me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Germain Campo Tejada

Identificación: 1099365894

II. INFORMACIÓN

Yo Germain Campo Tejada, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento declaro en forma expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alexander Montaño me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. SI autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Germayn Campo

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander Universitario / Valle HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Oscar Eduardo Duque espino

Identificación: 1115076169

II. INFORMACIÓN

Yo Oscar Eduardo Duque Espino, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alexander Moreno me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente C.C.	HUELLA DEL PACIENTE	Firma del acudiente o testigo C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander Empresa Social del Estado Bucaramanga / Valle HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Denis Leandro Perez Gores

Identificación: 1221723706

II. INFORMACIÓN

Yo Denis Leandro Perez Gores, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alexander Monsalve me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Sergio Andres Davila Henao

Identificación: 1003828995

II. INFORMACIÓN

Yo Sergio Andres Davila Henao, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento declaro de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Hernando Rios me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo X
Solicitud Voluntaria

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

X Sergio Andres Davila
Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2010

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Yorlin David Guaza Caraballi

Identificación: 1148880366

II. INFORMACIÓN

Yo Yorlin David Guaza Caraballi, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alexander Martinez me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

X Yorlin David

Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-04-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Kevin Andres carvajal Giraldo

Identificación: 1007442702

II. INFORMACIÓN

Yo Kevin Andres carvajal, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente
C.C. 1007 442 702

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. SI autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.



X Juan Camilo Brand
Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santanrer / HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Juan Camilo Bran Andrade

Identificación: 1144591182

II. INFORMACIÓN

Yo Juan Camilo Bran Andrade, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alejandro Ramirez me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo___X___; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

X
Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13 Sep 2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Diego. Alonso Arango Garcia

Identificación: 75030671.

II. INFORMACIÓN

Yo Diego Alonso Arango, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander Colombia / Valle	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Pedro Luis. Gomez Condoba

Identificación: 1148694295 FN: 14.04.1992.

II. INFORMACIÓN

Yo Pedro Luis Gomez Condoba, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente _____ por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alexander Manrique me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo__X__; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del Paciente
C.C. 91.293.694 de

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que,se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

DOCUMENTO CONTROLADO

El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
HOSPITAL SANTANDER		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2010

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Gustavo Adolfo Tangarife Lopez

Identificación: 6391364

II. INFORMACIÓN

Yo Gustavo Adolfo Tangarife, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento declaro de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Adelaida me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2010

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo_X_; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.



Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander Empresa Social del Estado / Bucaramanga / Vélez HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Luis Fernando Gutierrez Cano

Identificación: 1007355297

II. INFORMACIÓN

Yo 1007355297, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor ha explicado me la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

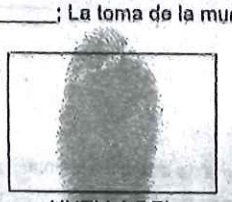
DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
HOSPITAL SANTANDER		FECHA	NOVIEMBRE 2016

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.



HUELLA DEL PACIENTE

X Alvis Gutierrez

Firma del Paciente
C.C.

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santanrder / HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2023 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Jorge Andres Grajales Ramos

Identificación: 1113307915

II. INFORMACIÓN

Yo Jorge Andres Grajales, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de _____ del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alexander Monsalve. me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA _____

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo _____
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH _____
Accidente laboral _____
Embarazo _____
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo___X___; No autorizo_____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

X
Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO

Hospital Santander HOSPITAL SANTANDER	GESTIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO CONSTANCIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA TOMA DE PRUEBAS PARA VIH	CÓDIGO	GLCLR02
		VERSIÓN	02
		FECHA	NOVIEMBRE 2016

Fecha: 13-09-2024 DD MM AA

I. IDENTIFICACIÓN

Nombre del paciente: Edwar Arbey Lopez Gallego

Identificación: 1007598547

II. INFORMACIÓN

Yo Edwar Arbey Lopez, mayor de edad, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando en mi propio nombre o en mi calidad de del paciente por medio del presente documento, de manera expresa, libre, en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto que el doctor Alejandro Ramirez me ha explicado la necesidad de practicar la siguiente prueba para detectar infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

PRESUNTIVA X CONFIRMATORIA

Solicitud que hace basado en la siguiente indicación:

Antecedentes de riesgo
Manifestaciones clínicas sugestivas de infección por VIH
Accidente laboral
Embarazo
Solicitud Voluntaria X

Igualmente expreso que me ha dado información acerca de los siguientes aspectos

- Qué es el VIH y qué es el SIDA
- Las condiciones de riesgo para adquirir la infección
- Propósito del examen
- Beneficios de su realización
- Tipos de prueba
- Confiabilidad y limitaciones de la prueba
- Procedimiento de la toma
- Consecuencias en caso de no aceptarla
- Riesgos de la toma de la muestra
- Molestias del examen
- Implicaciones y consecuencias de un resultado anormal

III. OBSERVACIONES ADICIONALES

DOCUMENTO CONTROLADO

IV. AUTORIZACIÓN

Como resultado de la información recibida manifiesto que:

1. Si autorizo X ; No autorizo _____; La toma de la muestra y la realización de la(s) pruebas(s), señaladas en el presente documento.

Edwar Arbey López G.
Firma del Paciente
C.C.

HUELLA DEL PACIENTE

Firma del acudiente o testigo
C.C.

Uso de huella dactilar: Certifico que, se me ha leído el documento en presencia de un testigo o acudiente, quien en constancia firma junto a mi huella.

Doy fe de haber informado al paciente

_____
C.C.
Firma del médico

_____
C.C.
Asistente del médico.

_____
C.C. Firma del profesional que realiza la consejería

* El consentimiento informado es la manifestación voluntaria y consciente del paciente por la que autoriza la realización de un tratamiento propuesto por su médico tratante, con base en la información comprensible, suficiente y veraz que él le ha suministrado sobre el mismo, sobre su propósito, riesgos, molestias, efectos secundarios y consecuencia en caso de no aceptar.

En este caso el procedimiento es una prueba de laboratorio para detectar la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente casual del SIDA

DOCUMENTO CONTROLADO