GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

ACTIVIDAD 4.2 FERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (VIH) RURAL

Ser:
SECRETARIA DE SALUD
SAHAGUN

REFERENCIA: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cordial saludo,

por medio de la presente me dirijo a ustedes para recordarle y enviarle el cronograma actividades estipulada en anterior reunión que se realizó el día 24 de octubre del presente año donde se socializo las actividades que se deben ejecutar en articulación con las entidades adscrita en el municipio como lo son : EAPB, DLS, ICBF, IPS, ESE, COMISARIA FAMILIA , DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGÚN, IDENTIFICADO CON CÓDIGO: SS-017-2024.

LAS ACTIVIDADES SON LAS SIGUINTES:

- 1- Desarrollar una (16) jornada en el micro territorio urbano Y RURAL con asistencia mínima de cuarenta
  (40) personas de los cursos de vida (de adolescencia, juventud, adultez y vejez) que incluya:
  - Disponibilidad de métodos de anticoncepción de larga duración (implantes) en articulación con las EAPB,ESE
  Nuestra responsabilidad será contar con toda la logística que exige la actividad
  - Toma de pruebas rápidas para la detección de VIH
  - Entrega de condones
  - Charlas sobre salud sexual y reproductiva (menstruación, planificación familiar, cuidados en elembarazo, cuidados postparto, cuidados en el recién nacido, entre otros)
  -Derechos sexuales y reproductivos.

EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD SERA LA SIGUIENTE
cada entidad tendrá un stand donde ofertará los servicios de salud sobre derecho sexual y reproductivo, planificación familiar
ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD

- Las EPS con sus gestores de salud realizaran búsqueda activa comunitaria a la población objeto mujeres en edad fértil ofertando el programa de planificación familiar, derechos sexuales reproductivos oferta la disponibilidad de métodos de larga duración como lo es el implante

-Extender la invitación a las diferentes IPS, PROFAMILIA con quien tenga el contrato vigente en la colocación de implantes para que asistan
- Divulgar la información sobre la feria de salud a sus usuarios
y a su vez ofrezcan información de la ruta para acceder al programa, de planificación familiar, y la colocación de implantes larga duración
-LA ESE CAMU SAN RAFAEL llevara la brigada de salud extramural y la móvil de

27

odontología con el fin de garantizar una atención integral donde brinde consultas de planificación familiar y colocación de implantes de larga duración

- La DLS será la encargada de llevar juegos didácticos y lúdicos sobre el tema

2-Organizar en el micro territorio urbano (4) festival de salud mental comunitaria, con la participación de treinta (30) personas activas de los miembros de la comunidad a través de actividades artísticas, juegos lúdicos recreativos y deportivas, cada entidad escogerá una metodología diferente tendrá un espacio donde desarrollará el tema de acuerdo con la metodología escogida. esto con el fin de fortalecer el tejido social y los vínculos interpersonales. Las actividades deben realizarse en articulación con la administración municipal, ESE IPS EAPB,ICBF, Iglesias y COMISARIA FAMILIA demás sectores.
La DLS además de participar en la actividad llevara la ruta establecida de salud mental del municipio para su divulgación
las dos actividades se realizarán el mismo día y en la misma zona será una actividad integral.

A CONTINUACION LA PROGRAMACION son las siguientes:

DIA	LUGAR	HORA	ZONA
26 NOVIEMBRE 2014	BARRIO las América Miraflores parque Miraflores	8:00 am	Urbana
29 NOVIMBRE /2024	Estadio Municipal	8:00 am	Urbana
30 NOVIEMBRE /2024	Parque San pedro	5:00pm	Urbana
2 DE DICIEMBRE /2024	ESE CAMU SAN RAFEL SEDE B SAN RAFEAL	8:am	Urbana
26 NOVIEMBRE /2024	La y parque	8:00 am	Rural
27 NOVIEMBRE /2024	Guáimaro parque	8:00 am	Rural
28 NOVIEMBRE /2024	Música	8:00 am	Rural
29 NOVIEMBRE /2024	Salitral	8:00 am	Rural
29 NOVIEMBRE/2024	La balsa	8:00 am	Rural
30 NOVIEMBRE /2024	Algodon	8:00 am	Rural
2 DICIEMBRE/2024	Las manuelitas	8:00 am	Rural
3 DICIIEMBRE /2024	Balastrera	8:00 am	Rural

Le reiteramos la importancia de contar con su participación para cumplir con el impacto esperado en el MICRO TERRITORIOS URBANO BOSQUE BARAJI, EN ZONA RURAL LA Y SUS ALREDEDORES esto con el fin disminuir la alta incidencia de eventos de interés de salud pública en el municipio.

Saray Beltran G

SARAY SOFIA BELTRAN GOMEZ

Juan Darío S

IVAN SIMANCA SIMANCAS

Samuel Marquez B
CC: 1069469283
Sec- Salud
25/11/2024
Hora: 4:28pm

Sahagún, 25 noviembre de 2024

Ser:
GHASSAN NADER NAME
GERENTE DE LA ESE CAMU SAN RAFAEL

REFERENCIA: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cordial saludo,

por medio de la presente me dirijo a ustedes para recordarle y enviarle el cronograma actividades estipulada en anterior reunión que se realizó el día 24 de octubre del presente año donde se socializo las actividades que se deben ejecutar en articulación con las entidades adscrita en el municipio como lo son : EAPB, DLS, ICBF, IPS, ESE, COMISARIA FAMILIA , DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGÚN, IDENTIFICADO CON CÓDIGO: SS-017-2024.

LAS ACTIVIDADES SON LAS SIGUINTES:

1- Desarrollar una (16) jornada en el micro territorio urbano Y RURAL con asistencia mínima de cuarenta
(40) personas de los cursos de vida (de adolescencia, juventud, adultez y vejez) que incluya:
- Disponibilidad de métodos de anticoncepción de larga duración (implantes) en articulación con las EAPB,ESE
Nuestra responsabilidad será contar con toda la logística que exige la actividad
- Toma de pruebas rápidas para la detección de VIH
- Entrega de condones
- Charlas sobre salud sexual y reproductiva (menstruación, planificación familiar, cuidados en elembarazo, cuidados postparto, cuidados en el recién nacido, entre otros)
-Derechos sexuales y reproductivos.

SECRETARÍA
DÍA | MES | AÑO
25 | 11 | 2024
RECIBIDO

CAMU SAN RAFAEL

EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD SERA LA SIGUIENTE

cada entidad tendrá un stand donde ofertará los servicios de salud sobre derecho sexual y reproductivo, planificación familiar

ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD

- Las EPS con sus gestores de salud realizaran búsqueda activa comunitaria a la población objeto mujeres en edad fértil ofertando el programa de planificación familiar, derechos sexuales reproductivos oferta la disponibilidad de métodos de larga duración como lo es el implante

-Extender la invitación a las diferentes IPS, PROFAMILIA con quien tenga el contrato vigente en la colocación de implantes para que asistan

- Divulgar la información sobre la feria de salud a sus usuarios

y a su vez ofrezcan información de la ruta para acceder al programa, de planificación familiar, y la colocación de implantes larga duración

-LA ESE CAMU SAN RAFAEL llevara la brigada de salud extramural y la móvil de odontología con el fin de garantizar una atención integral donde brinde consultas de planificación familiar y colocación de implantes de larga duración

- La DLS será la encargada de llevar juegos didácticos y lúdicos sobre el tema

2-Organizar en el micro territorio urbano (4) festival de salud mental comunitaria, con la participación de treinta (30) personas activas de los miembros de la comunidad a través de actividades artísticas, juegos lúdicos recreativos y deportivas, cada entidad escogerá una metodología diferente tendrá un espacio donde desarrollará el tema de acuerdo con la metodología escogida. esto con el fin de fortalecer el tejido social y los vínculos interpersonales. Las actividades deben realizarse en articulación con la administración municipal, ESE IPS EAPB,ICBF, Iglesias y COMISARIA FAMILIA demás sectores.
La DLS además de participar en la actividad llevara la ruta establecida de salud mental del municipio para su divulgación
las dos actividades se realizarán el mismo día y en la misma zona será una actividad integral.

A CONTINUACION LA PROGRAMACION son las siguientes:

DIA	LUGAR	HORA	ZONA
26 NOVIEMBRE 2014	BARRIO las América Miraflores parque Miraflores	8:00 am	Urbana
29 NOVIMBRE /2024	Estadio Municipal	8:00 am	Urbana
30 NOVIEMBRE /2024	Parque San pedro	5:00pm	Urbana
2 DE DICIEMBRE /2024	ESE CAMU SAN RAFEL SEDE B SAN RAFEAL	8:am	Urbana
26 NOVIEMBRE /2024	La y parque	8:00 am	Rural
27 NOVIEMBRE /2024	Guáimaro parque	8:00 am	Rural
28 NOVIEMBRE /2024	Música	8:00 am	Rural
29 NOVIEMBRE /2024	Salitral	8:00 am	Rural
29 NOVIEMBRE/2024	La balsa	8:00 am	Rural
30 NOVIEMBRE /2024	Algodon	8:00 am	Rural

2 DICIEMBRE/2024	Las manuelitas	8:00 am	Rural
3 DICIIEMBRE /2024	Balastrera	8:00 am	Rural

Le reiteramos la importancia de contar con su participación para cumplir con el impacto esperado en el MICRO TERRITORIOS URBANO BOSQUE BARAJI, EN ZONA RURAL LA Y SUS ALREDEDORES esto con el fin disminuir la alta incidencia de eventos de interés de salud pública en el municipio.

SARAY SOFIA BELTRAN GOMEZ

Sahagún, 25 noviembre de 2024

Ser:
NUEVA EPS

REFERENCIA: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cordial saludo,

por medio de la presente me dirijo a ustedes para recordarle y enviarle el cronograma actividades estipulada en anterior reunión que se realizó el día 24 de octubre del presente año donde se socializo las actividades que se deben ejecutar en articulación con las entidades adscrita en el municipio como lo son : EAPB, DLS, ICBF, IPS, ESE, COMISARIA FAMILIA , DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGÚN, IDENTIFICADO CON CÓDIGO: SS-017-2024.

LAS ACTIVIDADES SON LAS SIGUINTES:

1- Desarrollar una (16) jornada en el micro territorio urbano Y RURAL con asistencia mínima de cuarenta
(40) personas de los cursos de vida (de adolescencia, juventud, adultez y vejez) que incluya:
- Disponibilidad de métodos de anticoncepción de larga duración (implantes) en articulación con las EAPB,ESE
Nuestra responsabilidad será contar con toda la logística que exige la actividad
- Toma de pruebas rápidas para la detección de VIH
- Entrega de condones
- Charlas sobre salud sexual y reproductiva (menstruación, planificación familiar, cuidados en elembarazo, cuidados postparto, cuidados en el recién nacido, entre otros)
-Derechos sexuales y reproductivos.

26 NOV 2024
Hora: 2:20

32

EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD SERA LA SIGUIENTE

cada entidad tendrá un stand donde ofertará los servicios de salud sobre derecho sexual y reproductivo, planificación familiar

ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD

- Las EPS con sus gestores de salud realizaran búsqueda activa comunitaria a la población objeto mujeres en edad fértil ofertando el programa de planificación familiar, derechos sexuales reproductivos oferta la disponibilidad de métodos de larga duración como lo es el implante

-Extender la invitación a las diferentes IPS, PROFAMILIA con quien tenga el contrato vigente en la colocación de implantes para que asistan

- Divulgar la información sobre la feria de salud a sus usuarios

y a su vez ofrezcan información de la ruta para acceder al programa, de planificación familiar, y la colocación de implantes larga duración

-LA ESE CAMU SAN RAFAEL llevara la brigada de salud extramural y la móvil de odontología con el fin de garantizar una atención integral donde brinde consultas de planificación familiar y colocación de implantes de larga duración

- La DLS será la encargada de llevar juegos didácticos y lúdicos sobre el tema

2-Organizar en el micro territorio urbano (4) festival de salud mental comunitaria, con la participación de treinta (30) personas activas de los miembros de la comunidad a través de actividades artísticas, juegos lúdicos recreativos y deportivas, cada entidad escogerá una metodología diferente tendrá un espacio donde desarrollará el tema de acuerdo con la metodología escogida. esto con el fin de fortalecer el tejido social y los vínculos interpersonales. Las actividades deben realizarse en articulación con la administración municipal, ESE IPS EAPB,ICBF, Iglesias y COMISARIA FAMILIA demás sectores.

La DLS además de participar en la actividad llevara la ruta establecida de salud mental del municipio para su divulgación

las dos actividades se realizarán el mismo día y en la misma zona será una actividad integral.

A CONTINUACION LA PROGRAMACION son las siguientes:

DIA	LUGAR	HORA	ZONA
26 NOVIEMBRE 2014	BARRIO las América Miraflores parque Miraflores	8:00 am	Urbana
29 NOVIMBRE /2024	Estadio Municipal	8:00 am	Urbana
30 NOVIEMBRE /2024	Parque San pedro	5:00pm	Urbana
2 DE DICIEMBRE /2024	ESE CAMU SAN RAFEL SEDE B SAN RAFEAL	8:am	Urbana
26 NOVIEMBRE /2024	La y parque	8:00 am	Rural
27 NOVIEMBRE /2024	Guáimaro parque	8:00 am	Rural
28 NOVIEMBRE /2024	Música	8:00 am	Rural
29 NOVIEMBRE /2024	Salitral	8:00 am	Rural
29 NOVIEMBRE/2024	La balsa	8:00 am	Rural
30 NOVIEMBRE /2024	Algodon	8:00 am	Rural

2 DICIEMBRE/2024	Las manuelitas	8:00 am	Rural
3 DICIIEMBRE /2024	Balastrera	8:00 am	Rural

Le reiteramos la importancia de contar con su participación para cumplir con el impacto esperado en el MICRO TERRITORIOS URBANO BOSQUE BARAJI, EN ZONA RURAL LA Y SUS ALREDEDORES esto con el fin disminuir la alta incidencia de eventos de interés de salud pública en el municipio.

SARAY SOFIA BELTRAN GOMEZ

IVAN SIMANCA SIMANCAS

Recibido
Brelly Bart A
26 x/01/2024
Hora: 2:10pm

Sahagún, 25 noviembre de 2024

Ser:
MUTUAL SER

REFERENCIA: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cordial saludo,

por medio de la presente me dirijo a ustedes para recordarle y enviarle el cronograma actividades estipulada en anterior reunión que se realizó el día 24 de octubre del presente año donde se socializo las actividades que se deben ejecutar en articulación con las entidades adscrita en el municipio como lo son : EAPB, DLS, ICBF, IPS, ESE, COMISARIA FAMILIA , DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGÚN, IDENTIFICADO CON CÓDIGO: SS-017-2024.

LAS ACTIVIDADES SON LAS SIGUINTES:

1- Desarrollar una (16) jornada en el micro territorio urbano Y RURAL con asistencia mínima de cuarenta
(40) personas de los cursos de vida (de adolescencia, juventud, adultez y vejez) que incluya:
- Disponibilidad de métodos de anticoncepción de larga duración (implantes) en articulación con las EAPB,ESE
Nuestra responsabilidad será contar con toda la logística que exige la actividad
- Toma de pruebas rápidas para la detección de VIH
- Entrega de condones
- Charlas sobre salud sexual y reproductiva (menstruación, planificación familiar, cuidados en elembarazo, cuidados postparto, cuidados en el recién nacido, entre otros)
-Derechos sexuales y reproductivos.

EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD SERA LA SIGUIENTE

cada entidad tendrá un stand donde ofertará los servicios de salud sobre derecho sexual y reproductivo, planificación familiar

ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD

- Las EPS con sus gestores de salud realizaran búsqueda activa comunitaria a la población objeto mujeres en edad fértil ofertando el programa de planificación familiar, derechos sexuales reproductivos oferta la disponibilidad de métodos de larga duración como lo es el implante

-Extender la invitación a las diferentes IPS, PROFAMILIA con quien tenga el contrato vigente en la colocación de implantes para que asistan

- Divulgar la información sobre la feria de salud a sus usuarios

y a su vez ofrezcan información de la ruta para acceder al programa, de planificación familiar, y la colocación de implantes larga duración

-LA ESE CAMU SAN RAFAEL llevara la brigada de salud extramural y la móvil de odontología con el fin de garantizar una atención integral donde brinde consultas de planificación familiar y colocación de implantes de larga duración

- La DLS será la encargada de llevar juegos didácticos y lúdicos sobre el tema

2-Organizar en el micro territorio urbano (4) festival de salud mental comunitaria, con la participación de treinta (30) personas activas de los miembros de la comunidad a través de actividades artísticas, juegos lúdicos recreativos y deportivas, cada entidad escogerá una metodología diferente tendrá un espacio donde desarrollará el tema de acuerdo con la metodología escogida. esto con el fin de fortalecer el tejido social y los vínculos interpersonales. Las actividades deben realizarse en articulación con la administración municipal, ESE IPS EAPB,ICBF, Iglesias y COMISARIA FAMILIA demás sectores.

- La DLS además de participar en la actividad llevara la ruta establecida de salud mental del municipio para su divulgación

las dos actividades se realizarán el mismo día y en la misma zona será una actividad integral.

A CONTINUACION LA PROGRAMACION son las siguientes:

DIA	LUGAR	HORA	ZONA
26 NOVIEMBRE 2014	BARRIO las América Miraflores parque Miraflores	8:00 am	Urbana
29 NOVIMBRE /2024	Estadio Municipal	8:00 am	Urbana
30 NOVIEMBRE /2024	Parque San pedro	5:00pm	Urbana
2 DE DICIEMBRE /2024	ESE CAMU SAN RAFEL SEDE B SAN RAFEAL	8:am	Urbana
26 NOVIEMBRE /2024	La y parque	8:00 am	Rural
27 NOVIEMBRE /2024	Guáimaro parque	8:00 am	Rural
28 NOVIEMBRE /2024	Música	8:00 am	Rural
29 NOVIEMBRE /2024	Salitral	8:00 am	Rural
29 NOVIEMBRE/2024	La balsa	8:00 am	Rural
30 NOVIEMBRE /2024	Algodon	8:00 am	Rural

2 DICIEMBRE/2024	Las manuelitas	8:00 am	Rural
3 DICIIEMBRE /2024	Balastrera	8:00 am	Rural

Le reiteramos la importancia de contar con su participación para cumplir con el impacto esperado en el MICRO TERRITORIOS URBANO BOSQUE BARAJI, EN ZONA RURAL LA Y SUS ALREDEDORES esto con el fin disminuir la alta incidencia de eventos de interés de salud pública en el municipio.

SARAY SOFIA BELTRAN GOMEZ

IVAN SIMANCA SIMANCAS

Ser:
COOSALUD
SAHAGUN

Rdo Ana Tejeda 25-11-2024

REFERENCIA: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cordial saludo,

por medio de la presente me dirijo a ustedes para recordarle y enviarle el cronograma actividades estipulada en anterior reunión que se realizó el día 24 de octubre del presente año donde se socializo las actividades que se deben ejecutar en articulación con las entidades adscrita en el municipio como lo son : EAPB, DLS, ICBF, IPS, ESE, COMISARIA FAMILIA , DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGÚN, IDENTIFICADO CON CÓDIGO: SS-017-2024.

LAS ACTIVIDADES SON LAS SIGUINTES:

1- Desarrollar una (16) jornada en el micro territorio urbano Y RURAL con asistencia mínima de cuarenta
(40) personas de los cursos de vida (de adolescencia, juventud, adultez y vejez) que incluya:
- Disponibilidad de métodos de anticoncepción de larga duración (implantes) en articulación con las EAPB,ESE
Nuestra responsabilidad será contar con toda la logística que exige la actividad
- Toma de pruebas rápidas para la detección de VIH
- Entrega de condones
- Charlas sobre salud sexual y reproductiva (menstruación, planificación familiar, cuidados en elembarazo, cuidados postparto, cuidados en el recién nacido, entre otros)
-Derechos sexuales y reproductivos.

EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD SERA LA SIGUIENTE
cada entidad tendrá un stand donde ofertará los servicios de salud sobre derecho sexual y reproductivo, planificación familiar
ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD
- Las EPS con sus gestores de salud realizaran búsqueda activa comunitaria a la población objeto mujeres en edad fértil ofertando el programa de planificación familiar, derechos sexuales reproductivos oferta la disponibilidad de métodos de larga duración como lo es el implante
-Extender la invitación a las diferentes IPS, PROFAMILIA con quien tenga el contrato vigente en la colocación de implantes para que asistan
- Divulgar la información sobre la feria de salud a sus usuarios
y a su vez ofrezcan información de la ruta para acceder al programa, de planificación familiar, y la colocación de implantes larga duración
-LA ESE CAMU SAN RAFAEL llevara la brigada de salud extramural y la móvil de

odontología con el fin de garantizar una atención integral donde brinde consultas de planificación familiar y colocación de implantes de larga duración

- La DLS será la encargada de llevar juegos didácticos y lúdicos sobre el tema

2-Organizar en el micro territorio urbano (4) festival de salud mental comunitaria, con la participación de treinta (30) personas activas de los miembros de la comunidad a través de actividades artísticas, juegos lúdicos recreativos y deportivas, cada entidad escogerá una metodología diferente tendrá un espacio donde desarrollará el tema de acuerdo con la metodología escogida. esto con el fin de fortalecer el tejido social y los vínculos interpersonales. Las actividades deben realizarse en articulación con la administración municipal, ESE IPS EAPB,ICBF, Iglesias y COMISARIA FAMILIA demás sectores.
La DLS además de participar en la actividad llevara la ruta establecida de salud mental del municipio para su divulgación
las dos actividades se realizarán el mismo día y en la misma zona será una actividad integral.

A CONTINUACION LA PROGRAMACION son las siguientes:

DIA	LUGAR	HORA	ZONA
26 NOVIEMBRE 2014	BARRIO las América Miraflores parque Miraflores	8:00 am	Urbana
29 NOVIMBRE /2024	Estadio Municipal	8:00 am	Urbana
30 NOVIEMBRE /2024	Parque San pedro	5:00pm	Urbana
2 DE DICIEMBRE /2024	ESE CAMU SAN RAFEL SEDE B SAN RAFEAL	8:am	Urbana
26 NOVIEMBRE /2024	La y parque	8:00 am	Rural
27 NOVIEMBRE /2024	Guáimaro parque	8:00 am	Rural
28 NOVIEMBRE /2024	Música	8:00 am	Rural
29 NOVIEMBRE /2024	Salitral	8:00 am	Rural
29 NOVIEMBRE/2024	La balsa	8:00 am	Rural
30 NOVIEMBRE /2024	Algodon	8:00 am	Rural
2 DICIEMBRE/2024	Las manuelitas	8:00 am	Rural
3 DICIIEMBRE /2024	Balastrera	8:00 am	Rural

Le reiteramos la importancia de contar con su participación para cumplir con el impacto esperado en el MICRO TERRITORIOS URBANO BOSQUE BARAJI, EN ZONA RURAL LA Y SUS ALREDEDORES esto con el fin disminuir la alta incidencia de eventos de interés de salud pública en el municipio.

Saray Beltran G

SARAY SOFIA BELTRAN GOMEZ

Ivan Dario S

IVAN SIMANCA SIMANCAS

Ser:
CAJA COPI
SAHAGUN

SECCIONAL CÓRDOBA - SAHAGUN
RECIBIDO PARA SU ESTUDIO
25 NOV. 2021
HORA: 03:53 PM
FIRMA:

REFERENCIA: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cordial saludo,

por medio de la presente me dirijo a ustedes para recordarle y enviarle el cronograma actividades estipulada en anterior reunión que se realizó el día 24 de octubre del presente año donde se socializo las actividades que se deben ejecutar en articulación con las entidades adscrita en el municipio como lo son : EAPB, DLS, ICBF, IPS, ESE, COMISARIA FAMILIA , DEL CONTRATO -INTERADMINISTRATIVO PRESTACIÓN DE SERVICIOS PARA DESARROLLAR LAS ACCIONES DE LOS PLANES DE INTERVENCIONES COLECTIVAS (PIC) EN LAS DIMENSIONES DEL PLAN DECENAL DE SALUD PUBLICA EN EL DEPARTAMENTO DE CORDOBA EN EL MUNICIPIO DE SAHAGÚN, IDENTIFICADO CON CÓDIGO: SS-017-2024.

LAS ACTIVIDADES SON LAS SIGUINTES:

1- Desarrollar una (16) jornada en el micro territorio urbano Y RURAL con asistencia mínima de cuarenta
(40) personas de los cursos de vida (de adolescencia, juventud, adultez y vejez) que incluya:
- Disponibilidad de métodos de anticoncepción de larga duración (implantes) en articulación con las EAPB,ESE
Nuestra responsabilidad será contar con toda la logística que exige la actividad
- Toma de pruebas rápidas para la detección de VIH
- Entrega de condones
- Charlas sobre salud sexual y reproductiva (menstruación, planificación familiar, cuidados en elembarazo, cuidados postparto, cuidados en el recién nacido, entre otros)
-Derechos sexuales y reproductivos.

EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD SERA LA SIGUIENTE
cada entidad tendrá un stand donde ofertará los servicios de salud sobre derecho sexual y reproductivo, planificación familiar
ASIGNACIÓN DE RESPONSABILIDAD
- Las EPS con sus gestores de salud realizaran búsqueda activa comunitaria a la población objeto mujeres en edad fértil ofertando el programa de planificación familiar, derechos sexuales reproductivos oferta la disponibilidad de métodos de larga duración como lo es el implante
-Extender la invitación a las diferentes IPS, PROFAMILIA con quien tenga el contrato vigente en la colocación de implantes para que asistan
- Divulgar la información sobre la feria de salud a sus usuarios
y a su vez ofrezcan información de la ruta para acceder al programa, de planificación familiar, y la colocación de implantes larga duración
.-LA ESE CAMU SAN RAFAEL llevara la brigada de salud extramural y la móvil de

odontología con el fin de garantizar una atención integral donde brinde consultas de planificación familiar y colocación de implantes de larga duración

- La DLS será la encargada de llevar juegos didácticos y lúdicos sobre el tema

2-Organizar en el micro territorio urbano (4) festival de salud mental comunitaria, con la participación de treinta (30) personas activas de los miembros de la comunidad a través de actividades artísticas, juegos lúdicos recreativos y deportivas, cada entidad escogerá una metodología diferente tendrá un espacio donde desarrollará el tema de acuerdo con la metodología escogida. esto con el fin de fortalecer el tejido social y los vínculos interpersonales. Las actividades deben realizarse en articulación con la administración municipal, ESE IPS EAPB,ICBF, Iglesias y COMISARIA FAMILIA demás sectores.
La DLS además de participar en la actividad llevara la ruta establecida de salud mental del municipio para su divulgación
las dos actividades se realizarán el mismo día y en la misma zona será una actividad integral.

A CONTINUACION LA PROGRAMACION son las siguientes:

DIA	LUGAR	HORA	ZONA
26 NOVIEMBRE 2014	BARRIO las América Miraflores parque Miraflores	8:00 am	Urbana
29 NOVIMBRE /2024	Estadio Municipal	8:00 am	Urbana
30 NOVIEMBRE /2024	Parque San pedro	5:00pm	Urbana
2 DE DICIEMBRE /2024	ESE CAMU SAN RAFEL SEDE B SAN RAFEAL	8:am	Urbana
26 NOVIEMBRE /2024	La y parque	8:00 am	Rural
27 NOVIEMBRE /2024	Guáimaro parque	8:00 am	Rural
28 NOVIEMBRE /2024	Música	8:00 am	Rural
29 NOVIEMBRE /2024	Salitral	8:00 am	Rural
29 NOVIEMBRE/2024	La balsa	8:00 am	Rural
30 NOVIEMBRE /2024	Algodon	8:00 am	Rural
2 DICIEMBRE/2024	Las manuelitas	8:00 am	Rural
3 DICIIEMBRE /2024	Balastrera	8:00 am	Rural

Le reiteramos la importancia de contar con su participación para cumplir con el impacto esperado en el MICRO TERRITORIOS URBANO BOSQUE BARAJI, EN ZONA RURAL LA Y SUS ALREDEDORES esto con el fin disminuir la alta incidencia de eventos de interés de salud pública en el municipio.

Saray Beltran G

SARAY SOFIA BELTRAN GOMEZ

Ivan Dario S

IVAN SIMANCA SIMANCAS

JORNADA 1

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL Evolucionamos por tu salud	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024**	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 18 del mes Septiembre del año 2024 se reunieron Thanaflu Hdez. representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL y Adriana Salcedo representante de Lider comunitario de la zona Rural del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-017-2024** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Desarrollar una jornada en el mico Centro rural contenta (30) casa mico de personas, clases Cursos dirigida de adolescentes, juventud, adultez y vejez sobre Salud sexual y reproductiva, para la prueba VIH, entre otros.
Eje/Dimensión	EJE 4: Atención Primaria en Salud.
Fecha propuesta	27/09/24. ✓
Necesidad de apoyo logístico	Mesa, Sillas, Rotafolio, Condones, pruebas rápidas VIH, lancetas tipo lapicero capilaridad, guantes recolector de PVC de 2 gls, guantes.
Necesidad de talento humano	Medico Enfermera Auxiliar de Enfermería.
Observaciones	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Adriana Salcedo	Nombre:	Thanaflu Hdez
Cedula de ciudadanía:	1192005784	Cedula de ciudadanía:	1069465052
Entidad:	Li der Comunitario	Entidad:	
Numero de contacto	3105076770	Numero de contacto	3003669190
Firma:	Adriana Salcedo	Firma:	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: La Balsa	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha: 27/09/2024	Hora de Finalización: 12:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Como objetivo de esta actividad buscamos informar, educar y concientizar a personas del área rural Sahagún donde explicamos los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, explicar la importancia de la planificación y realización de las pruebas de VIH en las personas, mayores a 18 años.

Desarrollo de la Reunión

Estas actividad se lleva a cabo en área rural de Sahagún, donde , se ubican en sillas plástica y a través de un rotafolio se le va dando una charla personalizada de acuerdo al curso de vida sobres los derecho sexuales y reproductivos, se explican cuáles son los métodos de planificación familiar, como se puede entrar al programa de planificación , con este misma persona se le dan charlas de concientización y responsabilidad a la hora de la planificación familiar, se le explican la importancia de que son realizar las pruebas de VIH, se rompen mitos y se explican verdades ya que son personas de área rural poco educadas, posterior esto se resuelves dudas, por partes de los profesionales, y luego de esto nos ponemos los elementos de protección y se realizan pruebas de VIH de manera individual, donde se le pone a firmar un consentimiento informado autorizando la realización de las pruebas, donde se resuelve dudas individual sobres las pruebas y se realizan , y se dan resultado de inmediatos, arrojándonos negativos todos

Conclusiones

Como conclusión tenemos que realizamos actividad educanda y concientizando a las personas sobres la importación de la planificación familiar, los derechos sexuales y reproductivo que ellos tienen, se aclaran mitos y se dicen verdades sobres la pruebas de VIH ya que son poblaciones poco educadas, entendiendo y asumiendo la responsabilidad de realizar las pruebas, ayudando identificar a personas con la enfermedad

Recomendaciones

Como recomendaciones se deben realizar más seguidos este tipo de actividades ya que no ayuda a educar a las persona para la hora de tener un hijo saber su derecho y no querer tenerlo como se planifica, nos ayudan a identificar a personas con enfermedades como VIH de manera rápida ayudándolos a concientizarlos y actuar de una marera rápida en caso de que porte la enfermedad.

Responsables de la Actividad

Ivan Simanca

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

310

EJE: #4 Atención Primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada general mucosa extramural rural con mínimo treinta (30) Personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez que incluye toma de prueba rápidas para detección VIH, entrega condones y charla salud sexual y reproductiva.

DIA:	27	MES:	Septiembre.	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	La Balsa	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Heiver Isabel Montes ortega	RC	30579 899	314642 5173	46	F	M								X		X			X					Merva
2	Judith del Socorro Ramos Diaz	RC	305798 57	300878 7862	49	F	M								X		X		X						Judith
3	Dina Luz Santafe ortiz	RC	1064467 073	304411 6380	32	F	M								X	X				X					Diana
4	Dailis Luz Contreras balmaceda	RC	22237 771	327703 7823	55	F	M								X	X				X					Dailis CB
5	Doralba Isabel Ricardo balmaceda	RC	30560 746	314272 0851	67	F	M								X	X				X					Doralba R
6	Victor Manuel Rios Vergara	RC	1102843 263	310542 2964	27	M	H								X	X			X						Victor Rios
7	Eleazar Marquez Pacheco	RC	1503941925	No reporta	65	M	H								X	X			X						Eleazar
8	Ingrid Johana Alda Montalvo	RC	1.003305 285	323364 8567	30	F	M								X	X				X					Ingrid Alda
9	Elodis del Socorro Caldera Contreras	RC	26.025 440	314524 5507	67	F	M								X	X				X					Elodis Caldera
10	Damaris Denilson Montes Mendoza	RC	34946 738	327788 5115	51	F	M								X	X				X					Damaris MONTES

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/2024

Yo Meira Montes certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Meira Montes
CC: 30579899
Firma: Meira Montes

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria fila Hdez
CC: 1069461082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/2024

Yo Judith Ramos Dias certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Judith del Socorro Ramos Dias

CC: 30579857

Firma: Judith Ramos

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1067501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Dina Luz Gonzalez ortiz certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Dina Luz Gonzalez ortiz

CC: 1.069.481.013

Firma: Dina

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Darlis luz conteras Balmaceda certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: DARLY Luz Contreras Balmaceda

CC: 22-237711

Firma: DARYS-CB

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Alejandra Hernandez J.

CC: 1069465062

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

ESE CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Doralba Ricardo Ricardo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Doralba Ricardo

CC: 30660746

Firma: Doralba R

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mayerly Hurtz

CC: 1066465982

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Victor manuel Rios Verguru certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Victor Manuel Rios Verguru

CC: 1102843263

Firma: Victor Rios

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Alejandra Hernandez Jimenez

CC: 1069465082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Olegario Morgan Pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Olegario Morgan Pacheco

CC: 15.039.925

Firma:



Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Marlon Hernandez Jimenez

CC: 1069465073

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Ingrid Oyola Montalvo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Ingrid Johana Oyola

CC: 1003305283

Firma: Ingrid Oyola

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Hc Fdy Hernandez

CC: 1069467052

Firma: Hc Fdy Hernandez.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Gladys cardozo David certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Gladys cardozo
CC: 26102541
Firma: Gladys cardozo

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Damaris Montes Mendoza certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: ✓ No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Damaris Montes
CC: 34946738
Firma: Damaris Montes

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el marco de entrega oral con mínimo treinta (30) Personas de los cursos de vida de adolescencia a Juventud, adultez y vejez que incluye Toma de prueba rápidas de VIH, entrega de preservativos y Charla sobre Salud Sexual y reproductiva.

DIA:	27	MES:	Septiembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	La Balsa	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Soel Emilio Alvarez Hoyos	CC	3953224	31-725 3441	71	H	H								+	+			x			+			Saul E Alvarez
2	Veronica Isabel Carmona Hoyos	CC	1067 283206	32 7274 8360	52	F	M			x						+				+					ABC Rabia;
3	Kellys del Carmen Diaz Pacheco	CC	1.069 477705	32-567 4427	40	F	M								+	+				+					Kellys Dian
4	Adriana Salcedo Arteaga	CC	1.193085 724	31-507 6770	25	F	M								+		+		+			+			Adriana Salcedo
5	Bernardo Bandalal Ojeda	CC	7363 401	323 3348561	44	H	H			x						x			x			+			Bernardo S
6	Katt Hilena Navarro	CC	1.069 462867	305227 2882	39	F	H								+	+				+					Katty Nacmo
7	Carmen Julia Diaz Pacheco	CC	1.067282 203	31-366 5971	36	F	M								+	+				+					Carmen Diaz
8	Italo Manuel Blanco	CC	2808889	323 3353869	71	H	H			x					-	+				+					Italo Manuel Blanco
9	Kener Manuel Ojeda Banda	CC	1.064465 268	314232 7675	25	H	H								+	+				+					Kener Ojeda
10	Leobaldo Salcedo Pacheco	CC	15042 994	No reporta	60	H	H								+	+				x					Leo

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 23/09/24

Yo Saul Alvarez Hoyos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Saul E Alvarez

CC: 3958224

Firma: Saul E Alvarez

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Darío Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por su salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Veronica Camaño Hoyos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: BERNIBIAI

CC: 1.067.283.206

Firma: BERANIAI

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Kellys del Carmen Diaz Pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Kellys del Carmen diaz pacheco
CC: 1.069 473 705
Firma: Kellys diaz pacheco

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Adriana Sulcedo Arteaga certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Adriana Sulcedo Arteaga
CC: 1.193.035.784
Firma: Adriana Sulcedo

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Bernardo Sandoval certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Bernardo sandoval

CC: 77.368401

Firma: Bernardo. sandoval

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Kath Navarro Ricardo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Katy Navarro Ricardo
CC: 1069462867
Firma: Katy Navarro

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Carmen Julia Diaz. certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Carmen Julia

CC: 1.067 282 203

Firma: Carmen Diaz

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

Nit: 812.001.579-2

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Italo Montiel certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: J.P.P. Montiel

CC: 1808889

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 23/09/24

Yo Kener Manuel Ojeda certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoria post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Kener Manuel Ojeda Banda
CC: 1.069.505.568
Firma: Kener Ojeda

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

Nit. 812.001.579-2

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

Evolucionamos por su salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 23/09/24

Yo Leonaldo Salcedo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Leonaldo Salcedo

CC: 13.042.994

Firma: Leonaldo Salcedo

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el microterritorio rural con mínimo treinta (30) personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez que incluye toma de prueba rápidas de VIH, entrega de condones y charla sobre salud sexual y reproductiva.

DIA:	27	MES:	September.	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	La Balsa	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Doris Rosa Vargas Alvarez	CC	36057 593	322505 3282	46	F	MI			+						+				x					Doris Vargas
2	Maria del Carmen Corrales Llorente	CC	407944 143	No reporta	68	F	MI								+	+				+					2M Maria Corrales
3	Dolis Conchita Perez	CC	26.066 820	314556 1614	46	F	MI								+	+				+					Dolis Conchita
4	Dolis Cecilia Ojeda Vergara	CC	1.067 236775	3238348 9636	34	F	MI								+	+				+					Dolis Ojeda
5	Maria Eugenia Vergara Lopez	CC	35564 567	320748 7190	67	F	MI								+	+				+					MARIA V
6	Javier Jose Alvarez Pacheco	CC	1.045 684367	300763 3022	35	H	H			+						+			+		+				
7	Antonio Peralta Balmaceda	CC	2.808 9-1	No reporta	69	H	H								+	+				-					Antonio
8	Gustavo Enrique Ojeda Peralta	CC	45088 562	320 6296348	70	H	H			+						+				x					
9	Diana Milena Montes Ojeda	CC	1.069 477778	311732 18796	35	F	MI								+	+				+					Diana Montes
10	Maris de Jesus Pacheco Vergara	CC	22437 699	3148270 7143	70	F	MI			+						+				+					Maris Pacheco

332

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Daira Rosa vargas Alvarez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Daira Vargas

CC: 26067593

Firma: Daira Vargas

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Flu Hdz

CC: 1069469982

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo María Corrales Llorente certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: MARIA Corrales

CC: 40794143

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Hafda Hernandez Jimenez

CC: 1069467082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 23/09/24

Yo Dolis canchila perez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Dolis canchila perez
CC: 26066820
Firma: Dolis canchila

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Fe Hdez
CC: 1069465082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

Evolucionamos a tu salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Dubys Carolina Ojeda Vergara certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Dubys Carolina Ojeda Vergara

CC: 1.067.286.675

Firma: DUBYS OJEDA

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:

CC: 1069465088

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo María Eugenia Vergara Hoyos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: María eugenia Vergara Hoyos
CC: 30.564.567
Firma: María Vergara

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:
CC: 1069465952
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Jarol José Alvarez pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Jarol Alvarez P

CC: 1045888369

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Felix Hernandez

CC: 1069465082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Gustavo enrique ojeda pereira certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: gustavo ojeda
CC: 15.038.562
Firma: gustavo ojeda

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ricardo Hernandez
CC: 1069467082
Firma: Ricardo Hernandez

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Diana Montes certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Diana Montes

CC: 1069477118

Firma: Diana Montes

Firma del asesor que realizó la consejería: Francisly Hoyos

Nombre:

CC: 1069465073

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 27/09/24

Yo Maris pacheco vergara certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Maris Pacheco Vergara

CC: 22437699

Firma: Maris P

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Hector Fabian Hdez

CC: 1069465082

Firma: Hector Fabian Hdez

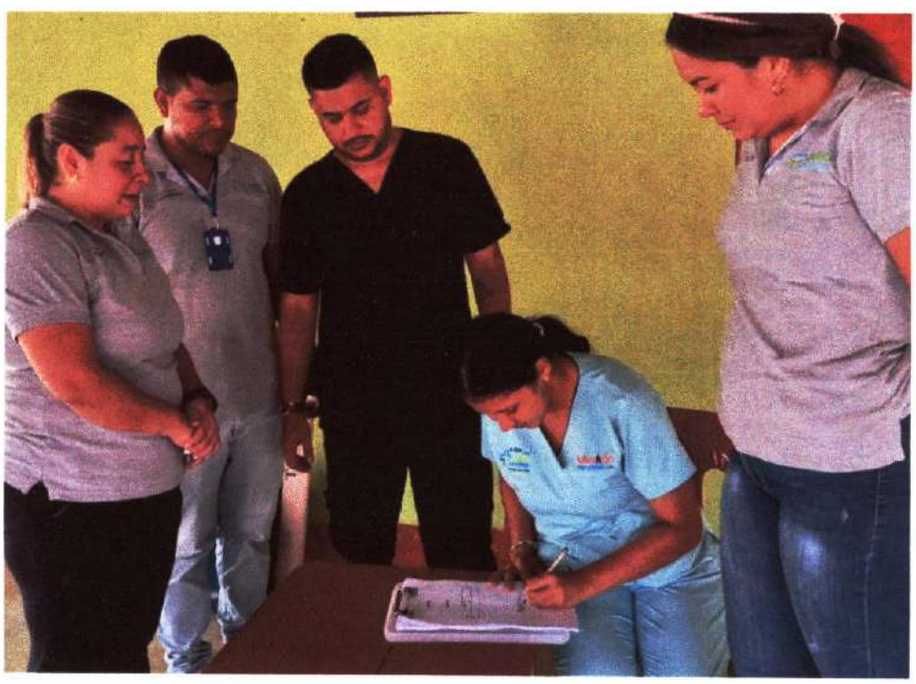
Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE CONCERTACION DE ACTIVIDAD

Actividad: Desarrollar jornada mensual en el micro territorio rural con asistencia minina de treinta (30) personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez, que incluye: Toma de pruebas rápidas para la detección de VIH, entrega de condones, charlas sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos.



GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Lugar:	La Balsa
Fecha:	2024 /09 /27
Personas Intervenidas:	30

Eje: Atención Primaria en Salud













GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE CERTIFICACION DE ACTIVIDAD



GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Adriana Salcedo, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1193035784 en Representación del Lider Comunitario certifico que Mafolda Hdez e Ivan Simanca realizó Jornada feria salud sexual (VIH) en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en la Balsa a los 27 días del mes de Septiembre de 2024

FIRMA: Adriana Salcedo
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1193035784
CELULAR: 3105076770

JORNADA 2

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL Evolucionamos por tu salud	ACTA DE CONCERTACIÓN CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 19 del mes Septiembre del año 2024 se reunieron Mafida Hdez Johana López Díaz y _____ representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL representante de la Comunidad de la zona Rural del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-017-2024** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Jornada en el micro territorio rural con asistencia mínima de treinta (30) personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez que incluye: Toma de prueba rápida para detección de VIH, entrega condones, charla sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticoncepción
Eje/Dimensión	Eje # 4 Atención Primaria en Salud
Fecha propuesta	30/Sep/2024.
Necesidad de apoyo logístico	Mesas, Sillas, rotafolio, condones, prueba rapidas VIH, lanceta tipo lamina aplanada, guardian recolector de PVC de 2.9cts, guantes, alcohol, algodon
Necesidad de talento humano	~~Enfermera~~ Médico Auxiliar de Enfermeria.
Observaciones	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Johana López D.	Nombre:	Mafida Hdez
Cedula de ciudadanía:	1066473437	Cedula de ciudadanía:	1069465052
Entidad:	Lider Comunidad	Entidad:	
Numero de contacto	3043614504	Numero de contacto	3003669190
Firma:	Johana López	Firma:	Mafida Hdez

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: La 4é	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha: 30/09/2024	Hora de Finalización: 12:00pm

Objetivo(s) de la Reunión

Como objetivo de esta actividad buscamos informar, educar y concientizar a personas del área rural Sahagún donde explicamos los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, explicar la importancia de la planificación y realización de las pruebas de VIH en las personas, mayores a 18 años.

Desarrollo de la Reunión

Estas actividad se lleva a cabo en área rural de Sahagún, donde , se ubican en sillas plástica y a través de un rotafolio se le va dando una charla personalizada de acuerdo al curso de vida sobres los derecho sexuales y reproductivos, se explican cuáles son los métodos de planificación familiar, como se puede entrar al programa de planificación , con este misma persona se le dan charlas de concientización y responsabilidad a la hora de la planificación familiar, se le explican la importancia de que son realizar las pruebas de VIH, se rompen mitos y se explican verdades ya que son personas de área rural poco educadas, posterior esto se resuelves dudas, por partes de los profesionales, y luego de esto nos ponemos los elementos de protección y se realizan pruebas de VIH de manera individual, donde se le pone a firmar un consentimiento informado autorizando la realización de las pruebas, donde se resuelve dudas individual sobres las pruebas y se realizan , y se dan resultado de inmediatos, arrojándonos negativos todos

Conclusiones

Como conclusión tenemos que realizamos actividad educanda y concientizando a las personas sobres la importación de la planificación familiar, los derechos sexuales y reproductivo que ellos tienen, se aclaran mitos y se dicen verdades sobres la pruebas de VIH ya que son poblaciones poco educadas, entendiendo y asumiendo la responsabilidad de realizar las pruebas, ayudando identificar a personas con la enfermedad

Recomendaciones

Como recomendaciones se deben realizar más seguidos este tipo de actividades ya que no ayuda a educar a las persona para la hora de tener un hijo saber su derecho y no querer tenerlo como se planifica, nos ayudan a identificar a personas con enfermedades como VIH de manera rápida ayudándolos a concientizarlos y actuar de una marera rápida en caso de que porte la enfermedad.

Responsables de la Actividad

Ivon Simancas

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el micro-territorio rural con asistencia minima de treinta (30) Personas de los ciclos de vida de adolescencia, juventud adultez y vejez para charla educativa sobre Salud Sexual y reproductiva, toma de prueba rápidas de detección de VIH.

DIA:	30	MES:	September	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Layé	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Rosa Edith Pacheco Vergara	CC	1.064482 555	3-1556 7277	34	F	M								X	X				X			X		Rosa Pacheco
2	Elda Maria Rivera Villalba	CC	3-567 415	312545 4017	58	F	M								X	X				X			X		Eldamar ZR
3	Leda Maria Pacheco Vergara	CC	3-566 964	311654 2857	55	F	M								X	X				X			X		Leda Pacheco
4	Nidian Rosa Camargo Quebara	CC	25876 789	3244173 2756	49	F	M								X	X				X			X		- Nidian
5	Paola Mercado Parmina	CC	3-579 8-7	3219712 4497	44	F	M								X	X				X			X		Paola mercado
6	Francisco Antonio Martinez Jimenez	CC	15-471 918	312385 6144	64	M	H								X	X				X			X		
7	Rosa magdalena Buendia	CC	3-577 726	324535 9747	47	F	M								X	X				X			X		
8	Yubiath Esther Bohorquez	CC	3-576 055	3-2418 4473	50	F	M								X	X				X			X		
9	Eliana Rios Rico Villalba	CC	3-575 777	3244357 5870	49	F	M								X	X				X			X		- Eliana Rios
10	Eleodoro Enrique Reyes Pacheco	CC	15034 718	3003167 5993	69	M	H								X	X				X			X		- Eleodoro R.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/Sep/24

Yo Rosa pacheco vergara certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Rosa Pacheco Vergara
CC: 1069482555
Firma: Rosa Pacheco

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Flor Hoyos
CC: 1069465052
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/sep/24

Yo Elda Rivera villalba certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Elda Rivera villalba
CC: 30.567.415
Firma: Eldamary Rivera

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Rafael Hdez J.
CC: 1069465058
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/Sep/24

Yo Leda Pacheco Vasquez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Leda Pacheco Vasquez
CC: 30.565.969
Firma: Leda Pacheco

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/Sep/24

Yo Nidia Camargo Guevara certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Nidia Camargo Guevara

CC: 25876789

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/sep/24

Yo Paola Mercado Putarnina certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Paola Mercado Putarnina

CC: 30.579.801

Firma: Paola Mercado

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Fda Hdez.

CC: 1069465055

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/Sep/24

Yo Francisco Antonio Martinez Jimenez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: FRANCISCO ANTONIO MARTINEZ JIMENEZ

CC: 1504191[illegible] Sahagún

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ma Flor Hdez

CC: 1069465082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/Sep/24

Yo Rosa Buendia certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Rosa Magdale Buendia A.

CC: 30577 126

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Fdez

CC: 1069467057

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/Sep/24

Yo Yudith Ester Bohorquez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yudith Ester Bohorquez.
CC: 30576955
Firma: Yudith

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/Sep/24

Yo Eliana Rico Villalba certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Eliana Rico Villalba.
CC: 30.575.1113
Firma: Eliana Rico

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/Sep/24

Yo Eleodoro Reyes certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Eleodoro Reyes
CC: 15039718
Firma: EleodoroReyes

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el microterritorio rural conteniendo (30) Personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez que incluya toma de prueba rápida para la detección de VIH, entrega de Condones y charla sobre salud Sexual y reproductiva.

DIA:	30	MES:	Septiembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Jayé	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Mery Nalda Rivera Villalba	CC	30571427	300 723 6739	47	F	M								X	X				X			X		Mery Rivera
2	Dailenis Mabeth Ayala Ortiz	CC	30581171	300 6493434	54	F	M								X	X				X			X		Dailenis Ayala
3	Micaela Isabel Zabaleta Mercado	CC	3057 1997	323458 3259	61	F	M								X	X			X		X		X		
4	Carmen Elena Coronado	CC	30569 493	314585 0334	55	F	M								X	X				X			X		Carmen
5	Luzneira Mercado Rodriguez	CC	30579396	300 774 9526	50	F	M								X	X				X			X		Luzneira
6	Mayeilis Vidal Perez	CC	1.003498 914	320 538 4685	23	F	M								X	X				X			X		Mayeilis Vidal
7	Vilma del Carmen Velasquez Rodriguez	CC	30574 802	No reporta	46	F	M								X	X				X			X		Vilma
8	Yulieth Paola Rincon Lopez	CC	1.067902 897	300 288 8902	38	F	M								X	X				X			X		Yulieth Rincón
9	Hiryan Esther Jimenez Chavez	CC	30568 814	300 742 0248	51	F	M								X	X				X			X		Hiryan Jimenez
10	Marcela Pineda Caraballo	CC	30583 529	300 261 0472	59	F	M								X	X				X			X		Marcela P.

361

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Mery Nalda Rivera Villalba certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Mery Rivera

CC: 30 576 121

Firma: Mery Rivera

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Alejandra Diaz Jimenez

CC: 1069465082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Darnelys Maberth Ayala Quiroz certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Darlenys Ayala

CC: 30581177

Firma: Darlenys

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ma Toda Hdez J.

CC: 1069461282

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Micaela Isabel Zabaleta Hoyos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: Y No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Micaela Zabaleta Hoyos

CC: 1005711991

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Hafida Hdez J.

CC: 1064465082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Carmen Elena Coronado certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Carmen

CC: 30569193

Firma: Carmen

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Fda Hdz Jimenez

CC: 1069461082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Luz Mercado certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Luz Nelva Mercado
CC: 30579396
Firma: Luz Nelva

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Fla Hdez
CC: 1069465082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Mayerlis Vidal Perez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Mayerlis Vidal Perez
CC: 1063498914
Firma: Mayerlis Vidal

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

Evolucionamos ... tu salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Vilma Velasquez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Vilma Velasquez

CC: 30.579.802

Firma: Vilma Velasquez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Ivan Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Yulieth Paola Rincon Lopez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yulieth Paola Rincon Lopez
CC: 1.067.902.897
Firma: Yulieth Rincón L.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

Nit. 812.003.579-2

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun **Fecha:** 30/09/24

Yo Mirian Jimenez Charri certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Mirian Jimenez Charri
CC: 30.568.844
Firma: Mirian Jimenez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Marcela pineda Caibao certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Marcela pineda Caibao
CC: 30.583.529
Firma: Marcela Pineda. C

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el microterritorio rural con mínimo treinta (30) Personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez que incluya toma de prueba rápida para la detección de VIH, charla sobre Salud Sexual y Reproductiva.

DIA:	30	MES:	Septiembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Tayé	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Margot Elena Ricardo Martinez	CC	39756 782	320806 7341	71	F	M								X	X				X			X		Margot
2	Ana Rosa Santos Santos	CC	30564 247	320594 4378	62	F	M								X	X				X			X		
3	Dairo Enrique Sanchez Acosta	CC	15050 880	300119 9528	50	M	H								X	X				X			X		Dairo
4	Hernan Adalberto Diaz Ruiz	CC	2757 459	300 81338481	66	M	H								X	X				X			X		
5	Dayana Isabel Carmona Contador	CC	1069506 652	321949 2682	32	F	M								X	X				X			X		Dayana Carmona
6	Ramon Diaz Arhortuguir	CC	1.069482 042	314654 9253	18	M	H								X	X				X			X		Ramon + Elias
7	Victor Alfonso Mendez Avila	CC	1082 758	302449 7692	39	M	H								X	X				X			X		Victor Mendez
8	Sandra Paola Vasquez	TI	1069485 422	No reporta	18	F	M	X							X	X				X			X		Sandra Vasquez
9	Valeria Alice Garcia	CC	1.069 465512	320701 5370	20	F	M								X	X				X			X		Valeria Araiz.
10	Jose Eustogio Martinez Florez	CC	2.807 498	314622 9073	63	M	H								X	X				X			X		Jose Martinez

3/2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30 Sep 24

Yo Margoth Ricardo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Margoth Ricardo
CC: 39756752
Firma: Margoth Ricardo

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Ana Rosa Suntos Suntos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Ana Rosa Suntos Suntos

CC: 30.564.297

Firma:



Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Darío Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Dairo Sanchez Acosta certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Dairo Enrique

CC: 1150150880

Firma: Dairo

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Hernan Adalberto Diaz Ruiz certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Hernan Adalberto Diaz Ruiz

CC: 2.757.459

Firma:



Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Dayana carmona Gonzalez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Dayana Isabel Carmona Gonzalez
CC: 1069506652
Firma: Dayana carmona

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Ramon Atehortua Reyes certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Ramón Elías Atehortua Reyes

CC: 1069482042

Firma: Ramón Elías

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mauricio Hoyos

CC: 1069465982

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Victor Alfonso Mendez Aviles certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: VICTOR ALFONSO MENDEZ AVILEZ

CC: 10820758

Firma: victor mendez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Fla Hdez

CC: 1066960782

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Sandra paola Vasquez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Sandra Paola Vasquez
CC: 1069485422
Firma: Sandra Vásquez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:
CC:
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Valeria Arcia Correa certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Valeria Arcia · Correa.
CC: 1.069.465.512.
Firma: Valeria Arcia

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ma. Fda Hdz.
CC: 1069465057
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 30/09/24

Yo Jose Martinez Florez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Jose Martinez
CC: 2.807 498
Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Flor Hdz
CC: 1066946502
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE CONCERTACION DE ACTIVIDAD

Actividad: Desarrollar jornada mensual en el micro territorio rural con asistencia minina de treinta (30) personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez, que incluye: Toma de pruebas rápidas para la detección de VIH, entrega de condones, charlas sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos.



GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Lugar:	La ye
Fecha:	2024 – 09 – 30
Personas Intervenidas:	30

Eje: Atención Primaria en Salud













GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE CERTIFICACION DE ACTIVIDAD



GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Johana López Díaz, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1064473437, en Representación del la Comunidad, certifico que ESE Camu San Rafael realizó Jornada SSR (VIH)., en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en la yé a los 30 días del mes de Septiembre de 2024

FIRMA: Johana López
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1064473437
CELULAR: 3043654504

JORNADA 3

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL Evolucionamos por tu salud	ACTA DE CONCERTACIÓN CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 01 del mes octubre del año 2024 se reunieron Mafda Hdez - Iván Simanca representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL Erika Hoyos y _____ representante de Lider Comunitario. de la zona Rural del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-017-2024** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Desarrollar una jornada en el microterritorio rural con asistencia mínima de treinta (30) Personas de los cursos de vida de adolescencia, Juventud, adultez y vejez que incluya: Toma de Prueba rápida para la detección de VIH, entrega de condones charlas sobre Salud, Sexual y reproductiva, Planificación familiar.
Eje/Dimensión	Eje# 4 Atención Primaria en Salud.
Fecha propuesta	05/10/2024.
Necesidad de apoyo logístico	Mesa, Sillas, rotafolio, condones, pruebas rápidas VIH lancetas tipo lamina aplanada, guardian recolector de Rx de 7.9 Lts, guantes, sicano', algodon.
Necesidad de talento humano	Médico. Enfermera Auxiliar de Enfermería
Observaciones	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Erika Hoyos	Nombre:	Mafda Hdez
Cedula de ciudadanía:	1193574337	Cedula de ciudadanía:	1.069.465.082
Entidad:	Lider Comunitario	Entidad:	
Numero de contacto	3106175318	Numero de contacto	3003669190
Firma:	Erika Hoyos	Firma:	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: La Musica	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha: 05/10/2024	Hora de Finalización: 12:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Como objetivo de esta actividad buscamos informar, educar y concientizar a personas del área rural Sahagún donde explicamos los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, explicar la importancia de la planificación y realización de las pruebas de VIH en las personas, mayores a 18 años.

Desarrollo de la Reunión

Estas actividad se lleva a cabo en área rural de Sahagún, donde , se ubican en sillas plástica y a través de un rotafolio se le va dando una charla personalizada de acuerdo al curso de vida sobres los derecho sexuales y reproductivos, se explican cuáles son los métodos de planificación familiar, como se puede entrar al programa de planificación , con este misma persona se le dan charlas de concientización y responsabilidad a la hora de la planificación familiar, se le explican la importancia de que son realizar las pruebas de VIH, se rompen mitos y se explican verdades ya que son personas de área rural poco educadas, posterior esto se resuelves dudas, por partes de los profesionales, y luego de esto nos ponemos los elementos de protección y se realizan pruebas de VIH de manera individual, donde se le pone a firmar un consentimiento informado autorizando la realización de las pruebas, donde se resuelve dudas individual sobres las pruebas y se realizan , y se dan resultado de inmediatos, arrojándonos negativos todos

Conclusiones

Como conclusión tenemos que realizamos actividad educanda y concientizando a las personas sobres la importación de la planificación familiar, los derechos sexuales y reproductivo que ellos tienen, se aclaran mitos y se dicen verdades sobres la pruebas de VIH ya que son poblaciones poco educadas, entendiendo y asumiendo la responsabilidad de realizar las pruebas, ayudando identificar a personas con la enfermedad

Recomendaciones

Como recomendaciones se deben realizar más seguidos este tipo de actividades ya que no ayuda a educar a las persona para la hora de tener un hijo saber su derecho y no querer tenerlo como se planifica, nos ayudan a identificar a personas con enfermedades como VIH de manera rápida ayudándolos a concientizarlos y actuar de una marera rápida en caso de que porte la enfermedad.

Responsables de la Actividad

Ivan Dario S.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el microterritorio rural dirigido a adolescente, juventud, adultez y vejez sobre salud sexual y reproductiva con realización de toma de prueba rápida de vih, entrega de condones y charla.

DIA:	05	MES:	octubre.	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	La Música	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Karthi Luz Tamborano Soto	CC	1007422 997	314353 9977	29	F	M								X	X				X			X		*Katy tamborano
2	Alecia Mercedes Quiñones	CC	1003249 8476	No reporta	28	F	M								X	X				X			X		Alecia Quiñones
3	Eloy Alberto Hernandez caballero	CC	7372026	311576 8261	88	M	H								X	X				X			X		*Eloy Hernandez
4	Glady Hernandez Lopez	CC	30.751 230	311576 8261	64	F	M								X	X				X			X		*Glady Hernandez
5	Celia Edith ortiz Martinez	CC	30583 135	312690 7133	42	F	M								X	X				X			X		*celicortiz
6	Eloi Alberto Hernandez Lopez	CC	7.372 218	311576 8261	64	M	H								X	X				X			X		*
7	Alquimedes Jose Miranda Espitia	CC	1.003358 251	307602 6863	38	H	H								X	X				X			X		*Arquimedes
8	Blanca Lilia Miranda espitia	CC	30579 936	No reporta	57	F	M								X	X				X			X		BLANCAmiranda
9	Yoicith Rocio Miranda	CC	1.068136 310	3073464628	31	F	M								X	X				X			X		-Yoicith Rocio
10	Wilmer Enrique Ruiz Hernandez	CC	10821 249	312646 3963	38	M	H								X	X				X			X		-

39

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Katy Lambraño Soto certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Katy Luz tambraño Soto.
CC: 1007.422.993
Firma: Katy tambraño.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Marfda Hdez J.
CC: 1069465082
Firma: M. Fda Hdez.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Alicia Marcela Quiñonez Algarin certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Alicia Marcela Quiñonez Algarin.

CC: 1003498416

Firma: Alicia Marcela Quiñonez Algarin

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Rafaela Hernández

CC: 1069467077

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Eloy Hernandez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Eloy Hernandez
CC: 7372026
Firma: Eloy Hernandez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ma Fernanda Hernandez
CC: 1069465042
Firma: Ma Fernanda H.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun **Fecha:** 05/10/24

Yo Gladys Hernandez Lopez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Gladys Nolidis Hernandez López

CC: 30751230

Firma: Gladys Hernandez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mc Gladys

CC: 1069469917

Firma: Hernandez.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun **Fecha:** 05-10-2024

Yo Celia Oyola Hernandez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Celia edith oyola martinez
CC: 30583135
Firma: celia oyola

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ma Fda Hdz.
CC: 1069465082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Eloy Hernandez Lopez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: ✓ No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Eloy Hernandez Lopez

CC: 7372218

Firma: [redacted]

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Hector Flautista

CC: 1069465058

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Arquimedes Jose Miranda Espitia certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: x Arquimedes José Miranda Espitia

CC: x 1003.358.257

Firma: x Arquimedes José Miranda Espitia

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ma. Feda Hdz.

CC: 1069.465.082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-10-2024

Yo Blanca Miranda Espitia certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Blanca Miranda Espitia
CC: 30774536
Firma: BIANCA

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mafda Hdez
CC: 1068946708
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/2024

Yo Yoici Rosario Hurtado certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: f No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yoici Rosario Hurtado
CC: 1.068736315
Firma: Yoici Rosario.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Rafaela Hdez.
CC: 1069465082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun **Fecha:** 05/10/24

Yo Wilmer Ruiz Morales certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Wilmer Enrique Ruiz Morales

CC: 1082/249

Firma: Wilmer Ruiz

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Maria Flor Hoyos

CC: 1069460508

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de enfoque diferencial rural dirigido a adolescente, juventud, adultez y vejez sobre salud sexual y reproductiva con realización de toma de prueba rápida de VIH, entrega de Condones y charla.

DIA:	05	MES:	octubre.	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	La Música.	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Hayeli Maria Pastrana Hocer	CC	1007 636460	300622 4437	23	F	M								X	X				X			X		Mayerly pastrana
2	Jox Alfredo Madid Miranda	CC	30 733 6803	300733 6803	48	M	H								X	X				X			X		Jose Madrid
3	Andres Felipe Madid Miranda	CC	1003409 478	No reporta	23	H	H								X	X				X			X		Andrés
4	Amparo Lucia Tascon Rosero	CC	55949 719	327695 8114	79	F	M								X	X				X			X		Amparo
5	Meilys Mestra Peitz	CC	30579 227	311357 3962	44	F	M								X	X				X			X		Meilys Mestra
6	Elinc Maria Flaiz Calder	CC	30757 275	No reporta	44	F	M								X	X				X			X		
7	Diego Andres Padilla Morales	CC	1003447 518	312834 3295	22	M	H								X	X				X			X		Diego Padilla
8	Miguel Enrique Luz Morales	CC	1067886 773	311388 7833	34	M	H								X	X				X			X		
9	Martha Cecilia Madid Regino	CC	30576 749	313667 6405	70	F	M								X	X				X			X		Martha
10	Luisa Fernanda Rodriguez	CC	1066508 556	313774 8886	36	F	M								X	X				X			X		Luisa R

4

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Mayerli Pastrana Macea certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Mayerly pastrana Macea
CC: 1007 686 460
Firma: Mayerly pastrana.

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo José Madrid Miranda certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Jose Madrid Miranda
CC: 30730680
Firma: Jose Madrid

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Andrés Felipe Madrid Reyes certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Andrés Felipe madrid miranda

CC: 1003409478

Firma: Andrés Felipe

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Amparo Toscano Rosario certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Amparo Toscano Rosario
CC: 50.949.119
Firma: Amparo Toscano

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Darío Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván DarioS.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Merlys Mestre certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Merlys Mestre P.

CC: 30-579 227

Firma: Merlys Mestre P.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Eline Maria Florez caldera certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Eline Maria Florez Caldara

CC: 30.751.275

Firma:



Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Sinanco

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Diego Andres Padilla certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: x Diego Andrés Padilla Morales
CC: x 1003047517
Firma: x DiegoPadilla

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Higuel Enrique Ruiz Flores certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Higuel Ruiz Flores
CC: 9.062.867.93
Firma: Higuel Ruiz

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Daño Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Daño S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Martha Madrid Reyno certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Martha cecilia madriht
CC: 30 576 749
Firma: Martha madriht

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Luisa Fernanda Rodriguez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Luisa Fernanda Rodriguez
CC: 1066 508 556
Firma: Luisa Rodriguez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #9 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: jornada en el municipio rural dirigido a adolescentes, juventud, adultez y vejez sobre salud sexual y reproductiva con realización de toma de prueba rápido de VIH, entrega de condones y charla.

DIA:	05	MES:	Octubre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	La Música.	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Erika Yuleth Hoyos Basilio	CC	1.193574 337	310617 5378	27	F	M								X	X				X			X		Erika Hoyos
2	Nicolas Arbin Miranda Espitia	CC	10820 621	327564 1405	45	M	H								X	X				X			X		Nicolas Miranda
3	Rosmery Patricia Morales Montalvo	CC	1.064464 743	No Reporta	42	F	M								X		X			X			X		Rosmery Morales
4	Daniela Oñate Hernandez	CC	1.003501 305	300 2408945	25	F	H								X	X				X			X		Daniela Oñate
5	Blanca Josefina Montalvo castillo	CC	26023 197	No reporta	80	F	M								X	X				X			X		Huella
6	Katio Elena Hernandez Madid	CC	52516 548	300735 7252	45	F	H								X	X				X			X		Katio Hernandez
7	Diana Salgado Lozano	CC	30519 929	322504 2766	53	F	M								X	X				X			X		Diana
8	Yolanda Salgado Caballero	CC	30751 723	3004868 4354	80	F	M								X	?				X			X		Yolanda Salgado
9	Yuleni Hernandez Romero	CC	1.067283 864	301196 3845	20	F	M								X	X				X			X		Yuleni Hernandez
10	Leticia Macea Romero	CC	30576 768	300260 3552	48	F	M								X	V				X			X		Leticia Macea

412

Nit. 812.001.579-2

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Erika Mateo Bastidas certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Erika Juleth Hoyos Basilio
CC: 1193574337
Firma: Erika Hoyos

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ma. Fda Hdez
CC: 1069467042
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun **Fecha:** 05/10/24

Yo Nicolas Miranda Espitia certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: x Nicolás Miranda Espitia

CC: x 1082062121

Firma: x Nicolas Miranda

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Filo Hdez

CC: 1069467042

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Rosmery Horles Montalvo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Rosmery Horles Montalvo
CC: 1069464743
Firma: Rosmery

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mauricio Hdez
CC: 1.069.465.082
Firma: Mauricio Hdez.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Daniela Ortiz certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Daniela Ortiz

CC: 1003501308

Firma: Daniela Ortiz

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mauricio Hdez

CC: 1069465082

Firma: Mauricio Hdez

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Blanca Montalvo Castillo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Blanca Montalvo Castillo
CC: 26023477
Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Fdo Helez
CC: 1069465042
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun **Fecha:** 05/10/24

Yo Katia Hernandez Madrid certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: x Katia Elena Hernández Madrid

CC: x 52 516 598

Firma: x Katia Hernández

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Darío Simanca

CC: 1047581815

Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun **Fecha:** 05/10/24

Yo Diana Salgado Lozano certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Diana Salgado Lozano
CC: 30579424
Firma: DPano

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047581815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun **Fecha:** 05/10/24

Yo Yolanda Salgado Caballero certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: Y No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yolanda Salgado Caballero
CC: 30751723
Firma: Yolanda

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047581815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo Yoleny Hernandez Ramos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejeria pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yoleny Hernandez Ramos

CC: 1067283004

Firma: Yoleny Hernandez

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Ivan Dario Simanca

CC: 1047581815

Firma: Ivan Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/10/24

Yo (Leticia Hacea Ramos) certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Leticia Hacea Ramos
CC: 30.576.768
Firma: Leticia Hacea

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047581815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Lugar:	La música
Fecha:	2024 – 10 – 05
Personas Intervenidas:	30

Eje 4: Atención primaria en Salud











GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE CERTIFICACION DE ACTIVIDAD



GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Enka Hoyos Bustillo, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1193574337, en Representación del JAC, certifico que ESE Camu San Rafael realizó una jornada de SSR (VIH), en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en la Musica a los 05 días del mes de octubre de 2024

FIRMA: Enka Hoyos
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1193574 337
CELULAR: 3106175318

42

JORNADA 4

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL Evolucionamos por tu salud	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024**	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 06 del mes octubre del año 2024 se reunieron Mayfdalldeth Juan Simanca representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL y Fernanda Mejia representante de la Comunidad de la zona Rural del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-017-2024** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Desarrollar una jornada en el micro territorio rural con mínimo treinta (30) personas de los cursos de vida de adolescencia, Juventud, adultez y vejez que incluye toma de pruebas rápidas para la detección del VIH, entrega condones y charla sobre salud sexual y reproductiva.
Eje/Dimensión	EJE #4 Atención Primaria en Salud.
Fecha propuesta	12 - octubre - 2024.
Necesidad de apoyo logístico	
Necesidad de talento humano	Mesa, sillas, rotafolio, Preservativos, pruebas rapidas VIH, lancetas tipo lamina o planoda, guantes, alcohol algodon.
Observaciones	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Fernanda mejia	Nombre:	Maria fdalldeth
Cedula de ciudadanía:	1069468151	Cedula de ciudadanía:	1.064.465.052
Entidad:	Comunidad	Entidad:	ESE CAMU SAN RAFAEL
Numero de contacto	3226026097	Numero de contacto	3002669190
Firma:	Fernandamejia	Firma:	

6

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Salitral	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha: 12/10/2024	Hora de Finalización: 12:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Como objetivo de esta actividad buscamos informar, educar y concientizar a personas del área rural Sahagún donde explicamos los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, explicar la importancia de la planificación y realización de las pruebas de VIH en las personas, mayores a 18 años.

Desarrollo de la Reunión

Estas actividad se lleva a cabo en área rural de Sahagún, donde , se ubican en sillas plástica y a través de un rotafolio se le va dando una charla personalizada de acuerdo al curso de vida sobres los derecho sexuales y reproductivos, se explican cuáles son los métodos de planificación familiar, como se puede entrar al programa de planificación , con este misma persona se le dan charlas de concientización y responsabilidad a la hora de la planificación familiar, se le explican la importancia de que son realizar las pruebas de VIH, se rompen mitos y se explican verdades ya que son personas de área rural poco educadas, posterior esto se resuelves dudas, por partes de los profesionales, y luego de esto nos ponemos los elementos de protección y se realizan pruebas de VIH de manera individual, donde se le pone a firmar un consentimiento informado autorizando la realización de las pruebas, donde se resuelve dudas individual sobres las pruebas y se realizan , y se dan resultado de inmediatos, arrojándonos negativos todos

Conclusiones

Como conclusión tenemos que realizamos actividad educanda y concientizando a las personas sobres la importación de la planificación familiar, los derechos sexuales y reproductivo que ellos tienen, se aclaran mitos y se dicen verdades sobres la pruebas de VIH ya que son poblaciones poco educadas, entendiendo y asumiendo la responsabilidad de realizar las pruebas, ayudando identificar a personas con la enfermedad

Recomendaciones

Como recomendaciones se deben realizar más seguidos este tipo de actividades ya que no ayuda a educar a las persona para la hora de tener un hijo saber su derecho y no querer tenerlo como se planifica, nos ayudan a identificar a personas con enfermedades como VIH de manera rápida ayudándolos a concientizarlos y actuar de una marera rápida en caso de que porte la enfermedad.

Responsables de la Actividad

Ivan Dario S.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el micro territorio rural para atención (30) Personas de los ciclos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez que incluya toma de pruebas rápidas para detección de VIH, entrega condones y charla sobre salud sexual y reproductiva.

DIA:	12	MES:	Octubre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Salitral	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPACIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Josefina de Jesus Carmona	Nc	30545 332	311704 4251	42	F	M								X	X				X			X		Josefina
2	Rina Marcela de Hoyos Carmona	Nc	T.064 468033	323362 3242	27	F	M								X	X				X			X		Rina de hoyos
3	Rubi Patricia Aragon Carmona	Nc	T152 A98740	312654 8605	31	F	M								X	X				X			X		Rubi Aragon
4	Maria Fernanda Carmona Flesir	Nc	T.064468 712	310334 6464	22	F	M								X	X				X			X		Maria Carmona
5	Lucy Isabel Perez Mendoza	Nc	30573 585	312624 9960	51	F	M								X	X				X			X		Lucy Perez
6	Omar David Cuevas Perez	Nc	T005457 674	312624 9960	33	M	H								X	X				X			X		Omar Cuevas
7	Nilet del Carmen Coronel	Nc	25905 614	324673 9543	54	F	M								X	X				X			X		
8	Maria Inocencia Carmona Zabala	Nc	30367 430	No reporta	62	F	M								X	X				X			X		
9	Yaqueline Astrid Sanchez Garcia	Nc	1069467 993	311704 4257	25	F	M								X	X				X			X		Yaqueline Sanchez
10	Marilsa Garcia Polo	Nc	30567 807	321-72 8864	38	F	M								X	O				O			X		Marilsa Garcia

[redacted]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Josefina Carmona Zabala certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Josefina Carmona Zabala
CC: 30575 332
Firma: Josefina Carmona

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mayra Fola Hdez
CC: 1069465052
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Rina De Hoyos Carmona certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Rina De Hoyos carmona

CC: 1069 468 033

Firma: Rina De Hoyos.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ha Toda Hoz

CC: 1069.468.033

Firma: Rina De Hoyos

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Ruby Aragon Carmona certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Ruby Patricia Aragón
CC: 1.102.798.746
Firma: Ruby Aragón

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mª Fda Heber
CC: 1069465082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo María Fernanda Carmona certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: María Fernanda Carmona mejía
CC: 1069468772
Firma: María Mejía

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mfa Fda Hdez
CC: 1069468082
Firma: Mfa fda Hdez

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Lucy Perez Mendoza certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Lucy Perez

CC: 30 573 585

Firma: Lucy Perez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maira fda Hdez

CC: 1069465087

Firma: fda HB.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

Nit. 812.001.579-2

E.S.E CAMU SAN RAFAEL

Evolucionamos ... tu salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Omar David Guerra Perez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Omar david Guevara pérez
CC: 1.005.457 674
Firma: Omar david Guevara pérez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maudeda Hdez
CC: 1069467052
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

Nit. 812.001.579-2

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Niley Del Carmen Carc certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Niley Del Carmen Carc

CC: 25903619

Firma: _____

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Fda Hdez.

CC: 1069465952

Firma: _____

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24.

Yo María Carmona Zabala certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: María Carmona Zabala

CC: 30.567.438

Firma:



Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Matilda Hdez

CC: 1064465082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Yaquelin Sochet Gaviria certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre:

CC: 30580162

Firma: Yaquelin Sanchez Gaviria

Firma del asesor que realizó la consejeria: Marda Hdez.

Nombre:

CC: 1069467062

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Marilsa Gaviria Polo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Gaviria Polo Marilsa

CC: 30.561.807

Firma: Marilsa G

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Yenda Hoyos

CC: 1064965082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el micro territorio rural dirigido a treinta (30) personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez que incluye Toma de pruebas rapidas para la detección de VIH, entrega preservativos y charla sobre salud sexual y reproductiva.

DIA:	12	MES:	Octubre.	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Salitral	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Jodi del Cristo Polo.	CC	30564 310	320794 2724	66	F	M								x	x				x			x		x Hello
2	Maria Auxiliadora Martínez	CC	1.069 486845	323 4727134	33	F	NI								x	x				x			x		x Maria Ortiz
3	Betilda del Rosario ortiz Sanchez	CC	3057 931	304660 2770	52	F	NI								x	x				x			x		x Betilda ortiz
4	Angela Maria Carmona Mejia	CC	1.064468 711	312858 7394	27	F	NI								x	x				x			x		x Angela M.
5	Yesica Paola ortiz Carmona	CC	1.069 47991-	312672 2966	40	F	NI								x	x				x			x		Yesica Ortiz
6	Ivanna Ines ortiz Carmona	CC	1.003 803072	327 56354 42	25	F	M								x	c				x			x		x Ivanna Ortiz
7	Maria Carolina Carmona Zabala	CC	1.064 463047	313705 7273	30	F	NI								x	x				o			x		Maria C
8	Ledis del Carmen Mendoza Mendoza	CC	30583 555	No reporta	49	F	M								x	x				1			x		Ledis
9	Roxana Cole Carmona	CC	1.003502 274	320584 5867	25	F	NI								x	x				x			x		x Roxana Cole
10	Lina Antonia Serpa Polo	CC	30564 709	310 2311149	56	F	M								x	x				x			x		Hello

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Sadi polo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Sadi del cristo polo

CC: 30.564.310

Firma: _____



Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501315

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo María Auxiliadora Ortiz certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Maria Auxiliadora Ortiz
CC: 1069486815
Firma: Maria Ortiz

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Betilda del Rosario ortiz Sanchez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoria post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Betilda ortiz Sanchez
CC: 30574931
Firma: Betilda ortiz

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Angela Carmona Mejia certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Angela Maria Carmona Mejia
CC: 1069 468 111
Firma: Angela Carmona.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

Nit. 812.001.579-2

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Yesica paola ortiz carmona certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yesica paola ortiz carmona
CC: 1069479910
Firma: Yesica Ortiz

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Ivanna Ines Ortiz carmona certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Ivanna Ines Ortiz Carmona

CC: 1003 503 072

Firma: Ivanna Ortiz

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1045018 15

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Maria Carolina Carmona Zabala certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Maria Carolina Carmona

CC: 1064463047

Firma: Maria Carolina

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo leidis Mendoza Mender certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: leidis Mendoza Mender

CC: 30.583555

Firma: Ledis

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Roxana Caré certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Roxana Caré
CC: 1003502279
Firma: Roxana Caré

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12/10/24

Yo Irma Serpa Parra certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Irma Serpa Parra
CC: 30.569.909
Firma: _____



Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el marco de la estrategia ruta para mi mamá y la atención a personas de los cursos de vida de gestantes, juventud, adultez y vejez que incluya toma de pruebas rápidas para la detección de vih, entrega preservativos y charla sobre salud sexual y reproductiva.

DIA:	12	MES:	Octubre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Salitral.	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Dina Luz Gonzalez Flores	CC	1193214 343	311321 3257	30	F	M								X	X				X			X		Dina Gonzalez
2	Mileth Patricia Negrete Hernandez	CC	1003513482	3043607265	28	F	M								X	X				X			X		Mileth Negrete
3	Shirley del Carmen Florez Sanchez	CC	1.069470 260	No reporta	43	F	M								X	X				X			X		
4	Coirol de Jesus Negrete Soto	CC	15050 643	3043607265	58	F	M								X	X				X			X		Coirol Negrete
5	Deniz del Carmen Ortiz Sanchez	CC	30571 073	No reporta	53	F	M								X	X				X			X		
6	Daniel Jesus Sanchez Florez	CC	1.068737 100	324299 4234	18	M	H								X	X				X			X		Daniel Sanchez
7	Fernanda de los mercedes negrete	CC	1.069468 157	322602 6097	45	F	M								X	X				X			X		Fernanda
8	Ayeli Sanchez Camargo	CC	1.064467 993	311709 4257	20	F	M								X	X				X			X		Ayeli Sanchez
9	Angie Paola negrete Atencio	CC	1.066 177768	322335 9627	22	F	M								X	X				X			X		Angie Negrete
10	Enith del carmen cuadrado Arteta	CC	62706 023	No reporta	41	F	M								X	X				X			X		

57

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12-10-24

Yo Dina Gonzalez Mora certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Dina Luz Gonzalez Mora

CC: 1793274390

Firma: Dina Gonzalez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mana-Fola Hdez

CC: 1069465982

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12-10-24

Yo Mileth Mejia Mendoza certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Mileth Patricia Mejia Mendoza
CC: 1005513482
Firma: Mileth Mejia

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: MA Fda Hdez
CC: 1069461082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12-10-24

Yo Enith Cuadrado Arrieta certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Enith Cuadrado Arrieta

CC: 64706023

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mafolo Heltz

CC: 1069465982

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12-10-24

Yo Carol Mejia Osorio certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Carol Maria

CC: 15.050.640

Firma: Carol Mejia

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: MA Tola Heter

CC: 1069467087

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12-10-24

Yo Denis Alfz Sanchez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: Y No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Denis Alfz. Sanchez

CC: 3054073

Firma:



Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mafda Hdez

CC: 1069465052

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

Nit. 812.001.579-2

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

Evolucionamos por tu salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12-10-24

Yo Daniel Jesus Sanchez Florez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Daniel Jesus Sanchez Florez

CC: 1068137108

Firma: Daniel Sanchez

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Mg fda Hdez

CC: 1069465962

Firma: Mg fda Hdez

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12-10/24

Yo Fernanda Mejia certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Fernanda mejia

CC: 1069468151

Firma: Fernanda

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ma fda Hdez

CC: 1069467082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12-10-24

Yo Ayely Sanchez Carmona certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: AYELY SANCHEZ CARMONA
CC: 1069 467 993
Firma: AYELY

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 12-10/24

Yo Angie Meza Atencia certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: ANGIE MEZA ATENCIA.
CC: 1066 177 168
Firma: ANGIE MEZA.

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Lugar:	Salitral
Fecha:	2024 – 10 – 12
Personas Intervenidas:	30

Eje 4: Atención primaria en Salud







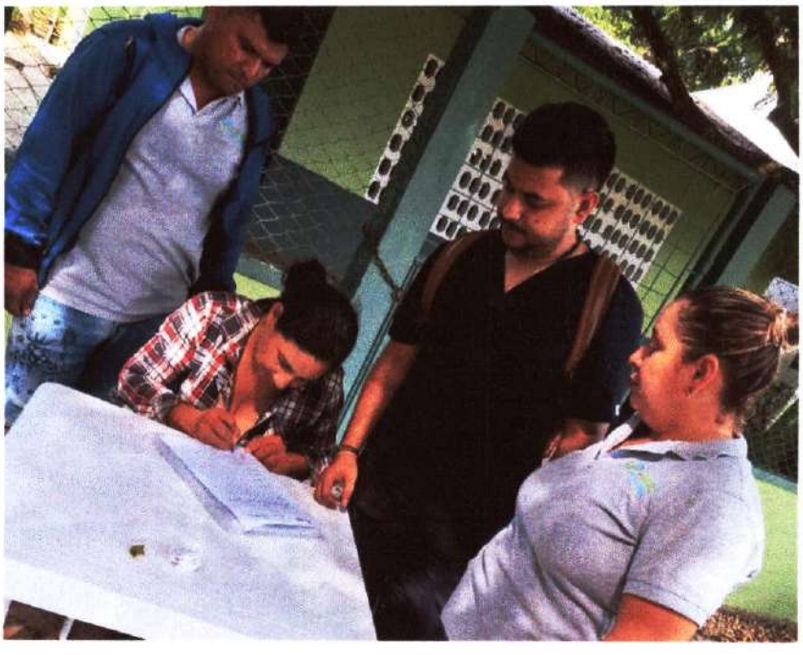




GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE CERTIFICACION DE ACTIVIDAD



GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Fernanda Mejia, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1069468151, en Representación del a comunidad, certifico que EJE CAMU San Rafael realizó 1 Jornada de SSR (VIH), en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Salitral a los 12 días del mes de octubre de 2024

FIRMA: Fernanda mejia
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1069468151
CELULAR: 322 607 6097

JORNADA 5

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL Evolucionamos por tu salud	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024**	OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 01 del mes Noviembre del año 2024 se reunieron Martha Hdez e Ivon Lavid Simancas representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL Jose Augusto Otero y _____ representante de ICBF de la zona Rural del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-017-2024** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Jornada en el micro territorio rural con asistencia minima de 30 Personas de los cursos de Vida de adolescencia, Juventud, adultez y vejez que incluya: toma de muestra rápida para la detección de VIH, entrega del Condones, Charla sobre salud Sexual y reproductiva.
Eje/Dimensión	Eje #4 Atención Primaria en Salud
Fecha propuesta	09 / Noviembre / 2024
Necesidad de apoyo logístico	Mesas, Sillas, rotafolio, condones, pruebas rápidas VIH lancetas tipo lamina aplanada, guardian recolector de RPC de 2,5 lts, guantes, alcohol, algodon
Necesidad de talento humano	Enfermero Médico Auxiliar de Enfermeria.
Observaciones	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Jose Augusto Otero	Nombre:	Martha Hdez
Cedula de ciudadanía:	1069468194	Cedula de ciudadanía:	1069467082
Entidad:	ICBF	Entidad:	ESE CAMU SAN RAFAEL
Numero de contacto	3003054859	Numero de contacto	3003669190
Firma:		Firma:	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Ovayabal	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha: 9/11/2024	Hora de Finalización: 12:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Como objetivo de esta actividad buscamos informar, educar y concientizar a personas del área rural Sahagún donde explicamos los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, explicar la importancia de la planificación y realización de las pruebas de VIH en las personas, mayores a 18 años.

Desarrollo de la Reunión

Estas actividad se lleva a cabo en área rural de Sahagún, donde , se ubican en sillas plástica y a través de un rotafolio se le va dando una charla personalizada de acuerdo al curso de vida sobres los derecho sexuales y reproductivos, se explican cuáles son los métodos de planificación familiar, como se puede entrar al programa de planificación , con este misma persona se le dan charlas de concientización y responsabilidad a la hora de la planificación familiar, se le explican la importancia de que son realizar las pruebas de VIH, se rompen mitos y se explican verdades ya que son personas de área rural poco educadas, posterior esto se resuelves dudas, por partes de los profesionales, y luego de esto nos ponemos los elementos de protección y se realizan pruebas de VIH de manera individual, donde se le pone a firmar un consentimiento informado autorizando la realización de las pruebas, donde se resuelve dudas individual sobres las pruebas y se realizan , y se dan resultado de inmediatos, arrojándonos negativos todos

Conclusiones

Como conclusión tenemos que realizamos actividad educanda y concientizando a las personas sobres la importación de la planificación familiar, los derechos sexuales y reproductivo que ellos tienen, se aclaran mitos y se dicen verdades sobres la pruebas de VIH ya que son poblaciones poco educadas, entendiendo y asumiendo la responsabilidad de realizar las pruebas, ayudando identificar a personas con la enfermedad

Recomendaciones

Como recomendaciones se deben realizar más seguidos este tipo de actividades ya que no ayuda a educar a las persona para la hora de tener un hijo saber su derecho y no querer tenerlo como se planifica, nos ayudan a identificar a personas con enfermedades como VIH de manera rápida ayudándolos a concientizarlos y actuar de una marera rápida en caso de que porte la enfermedad.

Responsables de la Actividad

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el Micro territorio rural dirigido a adolescentes, juventud, adultez y vejez sobre salud sexual y reproductiva con realización de toma de muestra (Pruebas rapidas VIH), entrega condones y Cinchas.

DIA:	09	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Ecopalca I	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Carmen Bravo Posada	CC	30564 473	3001390 47445	54	F	M								X	X				X			X		Carmen Bravo
2	Yolicth Maria Cogollo Hassun	CC	1.0035 07825	305283 7190	25	F	M								X	X				X			X		Yolicth Cogollo
3	Darlis Callejas Correa	CC	1.069444 518	3000711 8491	24	F	M								X	X				X			X		Darlis Callejas.
4	Fanny Maria Alvarez Vasquez	CC	30530 553	3157326 4534	53	F	M								X	X				X			X		Fanny Alvarez
5	Edith Ramos Vasquez	CC	1.003456 990	3146933 3846	32	F	M								X	X				X			X		Edith Ramos
6	Enalvis del Carmen Montes	CC	30.572 302	3004026 3363	54	F	M								X	X				X			X		Enalvis Montes
7	Ailin Ayola Pineda	CC	1.003774 776	3239905 5793	33	F	H								X	X				—			X		Ailin Ayola
8	Junior Ramos Vasquez	CC	1.069444 36	3002803 3047	25	M	H								X		X			X			X		Junior Ramos
9	Jose Gabriel Martinez Sotelo	CC	1.064507 286	3745867 7107	25	M	H								X	X			X		X		X		Jose Gabriel
10	Lino Sofia Mestra Vasquez	CC	1.068667 560	3147336 7757	29	F	M								X	X				X			X		Lino Mestra

[redacted]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09/Nov/24

Yo Yulieth Maria cogollo Hauser certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yulieth cogollo
CC: 1003501825
Firma: Yulieth cogollo

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Marcela Hdez
CC: 1069463053
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09/NOV/24

Yo Dairis Callejas Guerra certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Dairis callejas Guerra

CC: 1069477518

Firma: Dairis Callejas

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Magda Hdez Jimenez

CC: 1069465052

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09/Nov/24

Yo Fany María Alvarez Vasquez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Fanny Alvarez
CC: 30580553
Firma: Fanny Alvarez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Martha Hdez
CC: 1069465983
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09/11/2024

Yo Edith Johana Ramos Vasquez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Edith yohana Ramos Vasquez
CC: 1003456940
Firma: Edith Ramos

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mayfdo Hdez
CC: 1069465 0[illegible]
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09/NOV/24

Yo Enalvis Del carmen Montes Botonero certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: ENalvis monTe

CC: 30572308

Firma: ENalvis monTe

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Mauricio Fdo Helez

CC: 1069465082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-Nov/24

Yo Arley Ayala pineda certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Arley ines Ayala Pineda

CC: 1.003719116

Firma: Arley Ayala

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Maria fida Hdez

CC: 1006465078

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09/NOV/24

Yo Junior Ramos Vasquez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Junior Ramos Vasquez

CC: 1069419306

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Flo Hdez

CC: 1069469012

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09/NOV/24

Yo Jose Gabriel martinez sotelo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Jose Gabriel

CC: 1069501286

Firma: Jose Gabriel

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Yhia Fda Hdez

CC: 1069467052

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09/NOV/24

Yo Lina sofia Mestra Vasquez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Lina Sofia Mesta Vasquez.
CC: 1068-667.560
Firma: Lina Mesta

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre:
CC:
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el micro territorio rural dirigido a adolescentes juventud adultez y vejez sobre salud sexual y reproductiva con realización de toma de pruebas rápidas para detección de VIH, entrega condones y charlas.

DIA:	09	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Bocaiba	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yerlis Callejas Guerra	CC	1.003409 423		24	F	M								X	X				X			X		Yerlis Callejas
2	Mirleidis Hoyos Ruiz	CC	1.069486 027	300440 0706.	33	F	M								X	X				X			X		Mirleidis Hoyos
3	Eyen Suseno Bolaño Cogollo	CC	1.069471 732	307831 7188	26	F	M								X	X				X			X		Eyen Bolaño
4	Erika Patricia Cardozo Hoyos	CC	30578 323	32-509 1083	44	F	M								X	X				X			X		Erica Cardozo
5	Katherine Montes Hoyos	CC	1.003498 278	313590 9148	23	F	M								X	X				X			X		Katherine Montes
6	Carlos Bruno Pajaro	CC	1.069488 351	324338 2714	32	M	H								X	X			X		X		X		
7	Libardo Vasquez Montes	CC	1.004464 235	313609 2573	35	M	H								X	X				X			X		
8	Jose Alejandro otero	CC	1.069478 497	300305 4859	28	M	H								X		X		X		4		X		
9	Miguel Angel Hestra Pantoja	CC	1069494 762	302512 7892	30	M, H									X	X				X			X		
10	Saida Hoyos Mercado	CC	30582 732	314625 3404	43	F	M								X	X			X				X		Saida Hoyos

42

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09/11/24

Yo Yerlis Callejas Guerra certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yerlis Mario Callejas Guerra
CC: 1003 409423
Firma: Yerlis Callejas

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11-24

Yo Mirleidys Hoyos Ruiz certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Mirleys Patricia Hoyos Ruiz
CC: 1069486027
Firma: Mirleys Hoyos

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11-24

Yo Eyen susana Boluños cogollo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Eyen Susana Bolaño

CC: 1069477732

Firma: Eyen Bolaño

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11-24

Yo Erika patricia cardozo Hoyos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Erica cardoso H.
CC: 30.578.323
Firma: Erica cardoso

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11-24

Yo Katherine Montes Hoyos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Katherine Montes Hoyos
CC: 1003498278
Firma: Katherine Montes

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11/24

Yo Carlos Bravo posada certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Carlos Alberto Bravo Posada

CC: 1069483351

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Darios

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun **Fecha:** 09-11/24

Yo Libardo Vasquez Montes certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: LIBARDO VASQUEZ MONTES

CC: 1007 464 235

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario Simanca

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 07-11/24

Yo Jose alejandro otero certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Jose Alejandro Otero

CC: 1069948197

Firma: J Otero

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Ivan Danos

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11/24

Yo Miguel Angel Mestra pantoja certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: MIGUEL ANGEL MESTRA P.

CC: 1061 494 762

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11-24

Yo Saida Hoyos Mercado certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Saida Hoyo Mercado
CC: 30582732
Firma: Saida Hoyos Mercado

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Darios

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada mensual en el microterritorio rural dirigido a adolescentes, juventud, adultez y vejez sobre salud sexual y reproductiva con realización de toma de pruebas rapidas de VIH, entrega de condones y charlas.

DIA:	09	MES:	Noviembre.	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Guayabal	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Sandy Patricia Guzman Hoyos	CC	1.003501045	3002359 2726	23	F	MI								X	X			X		X		X		
2	Elis Guzman Mejia	CC	3427775	3122091 4428	49	F	MI								X	X			X		X		X		Elis Guzman
3	Carlos Pretel Martinez	CC	1.064469 376	3174133 4289	31	M	H								X		X		X		X		X		
4	Daniel Alejandro Hoyos Vasquez	CC	1.007809 382	3176763302	23	M	H								X					X			X		Daniel Hoyos
5	Angie Theran Vasquez	CC	1.064141 260	3046315530	18	F	MI								X	X				X			X		Angie Theran
6	Leidys Paola Pestrana Miranda	CC	1.064498 065	3216903114	29	F	MI								X	X			X				X		Leidy Pestrana
7	Adrian hernandez Sanchez	CC	1067953002	3008671676	27	M	H								X		X		X				X		
8	Rosa Maria Vasquez Ruiz	CC	30582 860	3226281661	41	F	MI								X	X			X				X		Rosa Vasquez
9	Yesit Hernandez Zapata	CC	1.087041737	3215844492	50	M	H								X		X		X				X		
10	Daisi Sara millan	CC	50905 308	3107109479	41	F	MI								X		X			X			X		- DAISI S.

090

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11-24

Yo Sandy Guzman Mesa certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Sandy Patricia Guzman Mesa

CC: 1.003.501.075

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:

CC: 1069465087

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09/11/24

Yo Iris Guzman Mesa certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Iris Guzman mesa
CC: 39 277 756
Firma: Iris Guzman

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ivan Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario Simanca

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11/24

Yo Carlos Pretel Martinez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Carlos Pretelt M.

CC: 1069469816

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11/24

Yo Daniel Alejandro Hoyos Vargas certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Danior Alejandro Hoyos Vargas
CC: 1007901382
Firma: Danior Hoyos

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11-24

Yo Angie Theran vasquez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Angie Theran Vasquez
CC: 1069471260
Firma: Angie Theran

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11/24

Yo Leidys Paola Postrana Miranda certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Leidys Paola Postrana Miranda

CC: 1069498065

Firma: Leidys Postrana

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Marcela Hoyos

CC: 1069468082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11-24

Yo Adrian Hernandez Saez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoria y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Adrian hernandez Saez

CC: 1067 957 002

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:

CC:

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09-11/24

Yo Yesid Hernandez zapata certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yesid Hernandez Z.

CC: 78.704.137

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mª Fdo Hdez

CC:

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 09/11/24

Yo Daisys Suer Millan certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Daisys Suer Millan
CC: 30905808
Firma: Daisys Suer Millan

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Marfida Helez
CC: 1066946802
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

EVIDENCIA FOTOGRAFICA

EJE:

ACTIVIDAD: Desarrollar dos (02) jornada mensual en el micro territorio rural con asistencia mínima de treinta (30) personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez) que incluya:

- Disponibilidad de métodos de anticoncepción de larga duración (implantes) en articulación con las EAPB y Profamilia - Toma de pruebas rápidas para la detección de VIH

- Entrega de condones

- Charlas sobre salud sexual y reproductiva (menstruación, planificación familiar, cuidados en el embarazo, cuidados postparto, cuidados en el recién nacido, entre otros)

- Derechos sexuales y reproductivos Insumos: mesas plásticas, sillas, rotafolio que incluya temas de salud sexual y reproductiva, la cual debe ser concertada con la líder de SSR de la SDSC.

Lugar:	Comunidad Guayabal
Fecha:	09 - Nov - 2024
Personas Intervenidas:	30

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD



GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Jose A. Otero, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1069498197, en Representación del ICBF, certifico que EJE CAMU SAN RAFAEL realizó una jornada SSR (UIA), en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Guayabal a los 09 días del mes de Noviembre de 2024

FIRMA: _____
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1069498197
CELULAR: 3003054859.

50

JORNADA 6

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL Evolucionamos por tu salud	ACTA DE CONCERTACIÓN CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 5 del mes NOVIEMBRE del año 2024 se reunieron MATDA HOEZ Y IVAN SIMANCA representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL CARLMEN E BENITEZ MIRANDA y _____ representante de REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD 6 de la zona RURAL del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-017-2024** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	JORNADA EN EL MICROTERRITORIO RURAL CON ASISTENCIA DE TREINTA (30) PERSONAS DE LOS CURSOS DE VIDA DE ADOLECENCIA, JUVENTUD ADULTEZ Y VEJEZ QUE INCLUYA TOMA PRUEBA RAPIDA PARA LA DETECCION DE VIH, ENTREGA CONDONES, CHARLAS EDUCATIVAS SOBRE MS SSR, PLAN
Eje/Dimensión	ESE #4 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD
Fecha propuesta	15 - 11/2024
Necesidad de apoyo logístico	MESA PLASTICA, SILLAS, ROTAFOLIO, CONDONES, PRUEBA RAPIDAS VIH, LANCETAS TIMO LAMINADO AMARILLA, GUARDIAN RECOLECTOR DE PVC DE 2LTR, GUATES ALCOHOL, ALGODON
Necesidad de talento humano	ENFERMERA MEDICO AUX ENFERMERIA
Observaciones	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Carmen Benitez Miranda	Nombre:	MARIA FDA HDEZ J
Cedula de ciudadanía:	1005679741	Cedula de ciudadanía:	1.069.465.082
Entidad:	Comunidad	Entidad:	ESE CAMU SAN R
Numero de contacto	311 417 1373	Numero de contacto	3003669190
Firma:	Carmen Benitez	Firma:	M fda Hdez

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: GUAYABAL	Hora de Inicio: 8:am
Fecha: 15 - NOV - 2024	Hora de Finalización: 12:pm

Objetivo(s) de la Reunión

Como objetivo de esta actividad buscamos informar, educar y concientizar a personas del área rural Sahagún donde explicamos los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, explicar la importancia de la planificación y realización de las pruebas de VIH en las personas, mayores a 18 años.

Desarrollo de la Reunión

Estas actividad se lleva a cabo en área rural de Sahagún, donde , se ubican en sillas plástica y a través de un rotafolio se le vas dando una charla, sobres los derecho sexuales y reproductivos, se explican cuáles son los métodos de planificación familiar, como se puede entrar al programa de planificación , con este misma persona se le dan charlas ce concientización y responsabilidad a la hora de la planificación familiar, se le explican la importancia de que son realizar las pruebas de VIH, se rompen mitos y se explican verdades ya que son personas de área rural poco educadas, posterior esto se resuelves dudas, por partes de los profesionales, y luego de esto nos ponemos los elementos de protección y se realizan pruebas de VIH de manera individual, donde se le pone a firmar un consentimiento informado autorizando la realización de las pruebas, donde se resuelve dudas individual sobres las pruebas y se realizan , y se dan resultado de inmediatos, arrojándonos negativos todos

Conclusiones

Como conclusión tenemos que realizamos actividad educando y concientizando a las personas sobres la importación de la planificación familiar, los derechos sexuales y reproductivo que ellos tienen, se aclaran mitos y se dicen verdades sobres la pruebas de VIH ya que son poblaciones poco educadas, entendiendo y asumiendo la responsabilidad de realizar las pruebas, ayudando identificar a personas con la enfermedad

Recomendaciones

Como recomendaciones se deben realizar más seguidos este tipo de actividades ya que no ayuda a educar a las persona para la hora de tener un hijo saber su derecho y no querer tenerlo como se planifica, nos ayudan a identificar a personas con enfermedades como VIH de manera rápida ayudándolos a concientizarlos y actuar de una marera rápida en caso de que porte la enfermedad.

Responsables de la Actividad

MARTHA PEREZ – ENFERMERA
IVAN DARIO SIMANCA – MEDICO

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Carmen Elena Benitez Miranda, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1005679741, en Representación del Comunidad., certifico que E.S.E. Camu realizó Jornada #6, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Cavajal a los 15 días del mes de Noviembre de 2024

FIRMA: Carmen Benitez
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1005679741
CELULAR: 3114171373

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el marco territorio dirigido a treinta (30) Personas de los cursos de vida de adolescencia, Juventud, adultez y vejez que incluya: Toma de pruebas rápidas para la detección VIH, entrega de Condones y Charla sobre salud sexual y reproductiva.

DIA:	15	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Guayabal.	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Elsa del Socorro Hinestroza Ayala	CC	30572 022	3217707 6923	58	F	MI								X	X				X		X			ElsaOyala
2	Sabier Contreras Lucas	CC	1.003507 205	3136088402	35	H	H								X	X			X		X				
3	Carmen Elena Benitez Miranda	CC	1005679711	3114171373	25	F	MI								X		X		X		X				Carmen Benitez
4	Katerine Sayas Yelez	CC	1104436 976	3127564462	25	F	MI								X	X	X			X	X				Katerine sayas
5	Eolice Antonio Hernandez Martinez	PC	15044 997	No reporta	59	M	H								X	X				X	X				
6	Kiara Lucia Arrieta Carrascal	CC	1003498209	3116204605	27	F	MI								X	X				X	X				Kiara Arrieta C.
7	Maria Claro Sayas Perez	PE	1069504 247	3207775685	27	F	MI								X	X				X	X				Maria sayas
8	Adelina del Carmen Patrominio Hernandez	PE	1069 481071	3117337575	34	F	MI								X	X				X	X				Adelina Patrominio.
9	Claro Luz Perez Acosta	PE	42912 596	3138799930	41	F	MI								X	X				X	X				Claro, Perez
10	Isabela Ramos Perez	PE	1.064478 315	3146889251	20	F	MI								X	X				X	X				Isabella Ramos

05

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 15 | NOV | 24

Yo Katherine Sayas Perez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Kateiine Sayas Perez

CC: 1109436976

Firma: Katerine Sayas

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Mirafla Hdez

CC: 1069469052

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 15/11/24

Yo Eulice Hernandez Martinez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Eulice Antonio Hernandez Martinez

CC: 15 044 997

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:

CC: 1069465982

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 15/11/24

Yo María Clara Salas Perez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Maria clara Sayas Perez

CC: 1069504247

Firma: María Sayas

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: María Flu Hz.

CC: 1069465082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el microterritorio rural dirigido a treinta (30) personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez que incluya toma de Pruebas rápidas para detección VIH, entrega condones, charla sobre salud sexual y reproductiva.

DIA:	15	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Guayabal	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Juan de Dios Doria Chairuquel	CC	1194008817	No reporta	62	M	M								X	X			X			X	X		X
2	Jose Rafael Hernandez Navarro	CC	1003408930	3126457944	23	M	H								X	X			X		X		X		X
3	Carmen Lucia Ortiz Marquinial	CC	1003643627	3114760740	26	F	M								X	X			X			X	X		X
4	Lucinda Maria Hernandez Reyes	CC	30570374	3114760744	63	F	M								X	X			X			X		X	X
5	Maria del Socorro Quiñones Navarro	CC	30580859	3147034614	42	F	M								X	X			X			X	X		X
6	Natalia Isabel Hoscote Diago	CC	1.138076607	3077754671	48	F	M								X	X			X			X	X		X
7	Carlos Manuel Yonet Avilez	CC	10952587	3077754671	47	M	H								X	X			X			X	X		X
8	Jacqueline de Jesus Diago Hernandez de Hoscote	CC	34.665436	3077754671	49	F	M								X	X			X			X	X		X
9	Luz Elena Arroyo Sanchez	CC	35993637	3015076536	42	F	M								X	X			X			X	X		X
10	Doris Vasquez Jaramillo	CC	22782782	3145245920	51	F	M								X	X			X			X	X		X

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

Evolucionamos por su salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 15/NOV/24.

Yo Juan Dios Donas Charrasquiel certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Juan De Dios Donas Charrasquiel.
CC: 11 900 817.
Firma:

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

Nit: 812.001.539-2

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 15-11-24

Yo Mario Quiñonez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Mario Quiñonez
CC: 3058085 9
Firma: Mario. Q

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca
CC: 1047501815
Firma: Ivan Darios

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 15-11-24

Yo Luz Elena Rosa Sanchez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Luzelena Rosas Sanchez
CC: 26998637
Firma: Luzelena

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Daño Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Daño S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el microterritorio rural dirigido a treinta (30) Personas de los cursos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez que incluya toma de pruebas rapidas para la detección VIH, entrega de condones y charla salud sexual y reproductiva.

DIA:	15	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Cooayaba l	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Nelly Martinez Jaramillo	Pa	22669 449	313315 4025	54	F	M								X	X				X		X	X		
2	Aberaldo Antonio Hoderu Mendoza	PC	2807 782	No reporta	76	M	H								X	X				X		X	X		Wellymartinez
3	Misael Antonio Hernandez Narvaez	CC	100340 8660	310627 9337	24	M	H								X	X				X		X	X		Aberaldo
4	Daniela Isabel Palomino Campos	CC	1.068138 7766	310637 3107	18	F	M								X	X				X		X	X		Misael
5	Pedro Juan Calderon Salcedo	CC	2807 654	No reporta	83	M	H								X	X				X		X	X		Daniela Palomino
6	Jaiber Manuel Bonfante Lucas	CC	1003501 265	313608 8402	35	M	H								X	X				X		X	X		
7	Daniel Andres Guerra Flores	CC	1064 466676	3042280 5700	20	M	H								X	X				X		X	X		Jaiber
8	Carmen Cecilia Perez Acosta	CC	1064 493874	322456 8520	31	F	M								X	X			X			X	X		Daniel Guerra
9	Loly Luz Acevedo Miranda	CC	30582 847	312742 7262	38	F	M								X	X				X		X	X		Carmen Perez Acosta
10	Sandy Yodith Carmona Camargo	CC	1064486 287	3005545482	33	F	M								X	X				X		X	X		Loly Acevedo
																									Sandy Carmona

5

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 15-Nov/24

Yo Nelbe Martinez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Nelly martinez

CC: 22669 449

Firma: Nelly martinez

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Rafaela Ortiz

CC: 1068468202

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 15-11-24

Yo Misael Hernandez Navarro certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: ✓ No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Misael Antonio Hernandez Navarro
CC: 1003408660
Firma: Misael A H.N.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Misael Hdez
CC: 1069465082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 15-1-24

Yo Javier Gonzalez Lucas certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Xavier Manuel Gonzalez Lucas

CC: 1003501265

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Marfela Hetez

CC: 1069465082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Lugar:	Guayabal
Fecha:	2024
Personas Intervenidas:	30

Eje 4: Atención primaria en Salud











JORNADA 7

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL Evolucionamos por tu salud	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024**	OMNIA FACTA SUNT PER IESUM CHRISTUM GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 30 del mes NOVIEMBRE del año 2024 se reunieron MA FDA HDEZ E IVAN CARLO SIMANCA representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL KAREN DAYANA MENDOZA y _____ representante de COMUNIDAD INDIGENA 4 de la zona RURAL del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-017-2024** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	JORNADA EN EL MICROTERRITORIO RURAL CON ASISTENCIA DE 30 (30) PERSONAS DE LOS CURSOS DE VIDA ADOLESCENCIA JUVENTUD ADULTEZ Y VEJEZ QUE INCLUYA TOMA DE PRUEBA RAPIDA PARA LA DETENCIÓN DE VIH, ENTREGA, CONDONES, CHARLAS SOBRE SSR, PLANIFICACION FAMILIAR ENTRE OTROS
Eje/Dimensión	EJE # 4 ATENCION PRIMARIA EN SALUD
Fecha propuesta	5/12/2024
Necesidad de apoyo logístico	MESA PLASTICAS, SILLAS, ROTAFOLIOS, CONDONES, PRUEBAS R VIH LANCETAS TIPO LAMINA, GUARDIAN, GUANTES ALCOHOL ALGODON
Necesidad de talento humano	ENFERMERO MEDICO AUX ENFERMERIA
Observaciones	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Karen Dayana Mendoza	Nombre:	Ma fda Hdez J
Cedula de ciudadanía:	1.003.501.380	Cedula de ciudadanía:	1.069.465.082
Entidad:	Sede Indigena	Entidad:	ESE CAMU SAN RAFAEL
Numero de contacto	301 763 9703	Numero de contacto	300 366 91 90
Firma:	Karen Mendoza	Firma:	Ma fda Hdez

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: La Y é	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha: 5/12/2024	Hora de Finalización: 12:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Como objetivo de esta actividad buscamos informar, educar y concientizar a personas del área rural Sahagún donde explicamos los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, explicar la importancia de la planificación y realización de las pruebas de VIH en las personas, mayores a 18 años.

Desarrollo de la Reunión

Estas actividad se lleva a cabo en área rural de Sahagún, donde , se ubican en sillas plástica y a través de un rotafolio se le va dando una charla personalizada de acuerdo al curso de vida sobres los derecho sexuales y reproductivos, se explican cuáles son los métodos de planificación familiar, como se puede entrar al programa de planificación , con este misma persona se le dan charlas de concientización y responsabilidad a la hora de la planificación familiar, se le explican la importancia de que son realizar las pruebas de VIH, se rompen mitos y se explican verdades ya que son personas de área rural poco educadas, posterior esto se resuelves dudas, por partes de los profesionales, y luego de esto nos ponemos los elementos de protección y se realizan pruebas de VIH de manera individual, donde se le pone a firmar un consentimiento informado autorizando la realización de las pruebas, donde se resuelve dudas individual sobres las pruebas y se realizan , y se dan resultado de inmediatos, arrojándonos negativos todos

Conclusiones

Como conclusión tenemos que realizamos actividad educanda y concientizando a las personas sobres la importación de la planificación familiar, los derechos sexuales y reproductivo que ellos tienen, se aclaran mitos y se dicen verdades sobres la pruebas de VIH ya que son poblaciones poco educadas, entendiendo y asumiendo la responsabilidad de realizar las pruebas, ayudando identificar a personas con la enfermedad

Recomendaciones

Como recomendaciones se deben realizar más seguidos este tipo de actividades ya que no ayuda a educar a las persona para la hora de tener un hijo saber su derecho y no querer tenerlo como se planifica, nos ayudan a identificar a personas con enfermedades como VIH de manera rápida ayudándolos a concientizarlos y actuar de una marera rápida en caso de que porte la enfermedad.

Responsables de la Actividad

Ivon Dario S.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el microterritorio rural con Personas de los ciclos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez para toma de prueba rapida para la detección de VIH, charla salud sexual y reproductiva y metodos de anticoncepción

DIA:	05	MES:	Diciembre.	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Jayé	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Lobis Basilio Almanza	CC	15.051 429	301 599 49 04	52	M	M								X	X				X			X		*Lobis Basilio.
2	Diana Contreras Ayala	CC	1.069.474 339	300 545 8556	20	F	M								X	X				X			X		*Diana Contreras
3	Locelly Muriel Murgas Mendoza	CC	1.069485 874	320536 0652	35	F	M								X	X				X			X		*Locelly Muriel
4	Vicente Ortega Parra	CC	7.369 722	311 738 8982	42	M	H								X		X		X	X	X		X		*Vicente Ortega
5	Rafael Eduardo Castejon Gonzalez	CC	1.007764 066	300120 4984	34	M	H								X	X				X			X		*Rafael Castejon
6	Michel Alvarez Murgas	TI	1.069.485 884	322507 2414	16	F	M								X	X				X			X		*Michel Alvarez
7	Eleniber Blanco Sinclejo	CC	1.003.498 089	No porto	32	F	M								X	X				X			X		*Eleniber Blanco
8	Elis Isabel Sierra Santero	CC	1.069.453 623	322623 8691	19	F	M								X	X				X			X		*Elis Sierra
9	Alonso Basilio Almanza	CC	15.044 929	311402 1034	59	M	H								X	X				X			X		*Alonso Basilio
10	Paola Andrea Oviedo Contreras	CC	1.069.468 444	300120 4844	29	F	M								X	X				X			X		*paola oviedo

[redacted]

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Lobis Basilio Almanza certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Lobis Basilio.
CC: 15.051.429.
Firma: Lobis Basilio.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maicfila Hdez
CC: 1069465052
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Diana Contreras Agulu certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Diana Contreras
CC: 1064743394
Firma: Diana Contreras

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maricela Hdez
CC: 1069465073
Firma: Maricela Hdez B.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12/24

Yo Locelys Margarita Mendez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Locelly María Margarita Mendez.
CC: 1069485877
Firma: Locelly Margarita

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ma fda Hdez.
CC: 1069.465082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 03 dic/24

Yo Vicente Urda Parra certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: Y No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Vicente carlos Urda Parra

CC: 7369 722

Firma: Vicente Urda

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre:

CC:

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/Dic/24

Yo Rafael Eduardo Castellar Gonzalez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Rafael Castellar Gonzalez

CC: 1007764066

Firma: Rafael Castellar

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Maria Fda Hdez.

CC: 1069465077

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05 Diciembre

Yo Michel Alvarez Marquez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: ✓ No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Michel Alvarez marquez
CC: 1069485884
Firma: Michel Alvarez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:
CC:
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 03/Dic/24

Yo Elenibeth blanco Sancelejo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: x Eleniber Blanco

CC: x 1003498089

Firma: x Eleniber Blanco

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:

CC: 1069465082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 03/ Diciembre/24

Yo Elis Isabel Sierra Santero certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Elis Isabel Sierra Santero

CC: 1069473623

Firma: Elis Sierra

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:

CC:

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 03/04/24

Yo Alonso Basilio Almanza certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto:____ No acepto:____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Alonso Basilio
CC: 15044920
Firma: Alonso Basilio

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mc Fda Hdez
CC: 1.069.465.082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 03/Dic/24

Yo Paola Andrea Oviedo Contreras certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Paola andrea oviedo contreras

CC: _____

Firma: 1069468444

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre:

CC: 1066468012

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el marco territorio rural con asistencia mínima de treinta personas de los cursos de vida de adolescente, juventud, adultez y vejez que incluya toma de pruebo rápidos para detección VIH, entrega de condones y charla sobre salud sexual y reproductivo.

DIA:	05	MES:	diciembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Tayé	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Leudys Margoth Urda Peñates	CC	1.069.465 222	No Aplica	35	F	M								X	X				X			X		X Leudys Urda
2	Jhobanna Turan Hoyos	CC	1.069473 862	323297 5024	18	F	H								X	X				X			X		X Jhobanna Turán
3	Esilda Maria Mendoza Pacheco	CC	1.003.501 381	300827 2668	24	F	M								X	X				X			X		X Esilda Mendoza
4	Diosselina Isabel Oviedo Cardenas	CC	1.069.489 198	323402 8310	25	F	M								X	X				X			X		X Diosselina Oviedo
5	Abel Eduardo Urda Peñates	CC	1.133.840 057	300827 2668	32	M	H								X	X				X			X		X Abel Urda
6	Luz Enith Sierra Santero	CC	1.069473 624	No Aplica	25	F	M								X	X				X			X		X Luz Enith Sierra
7	Carlos Andres Fabra Contreras	CC	1.069 472 076	310 490 1162	36	M	H								X	X				X			X		X Carlos Fabra
8	Lucidio Manuel Gil Bustillo	CC	7.370 169	No Aplica	81	M	M								X	X				X			X		X Lucidio Gil
9	Jaime Andres Bustillo Aguilar	CC	1.069.494 028	312238 5002	31	M	H								X	X				X			X		X Jaime Bustillo
10	Nayelis Herrera Zabaleta	CC	1.043.639 290	322591 7831	20	F	M								X	X				X			X		X Nayelis Zabaleta

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/12/24

Yo Leudys Margoit urda Peñates certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Leudys Margoth peñates urda

CC: 1069465222

Firma: Leudys urda

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Hafda Helen

CC: 1069465012

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/12/24

Yo Yhobana Turan Hoyos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yhobana Turan Hoyos

CC: 1069473862

Firma: Yhobana Turan

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mafda Hdez

CC: 1069465082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Esilda María Mendoza Pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Esilda María Mendoza Pacheco
CC: 1003501381
Firma: Esilda Mendoza

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Rafaela Hatz
CC: 1069.465.052
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12/24

Yo Dioselina Isabel oviedo cordeña certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Dioselina oviedo cordeña

CC: 1069 489 198

Firma: Dioselina oviedo

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Rafaela Hoyos

CC: 1.069.465 Of 2

Firma: Rafaela Hoyos

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Abel Eduardo Urda Penates certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Abel Eduardo Urda Penates

CC: 1133840057

Firma: Abel Urda

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Rafael Ibáñez

CC: 1069465042

Firma: Rafael Ib.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Luz Enith Sierra Suntero certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Luz Enith Sierra

CC: 1.069.473.624

Firma: Luz Sierra

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:

CC: 1069.467.052

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Carlos Andres Fabra Contreras certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Carlos Andres Fabra C.

CC: 1.069.472.076

Firma: Carlos Fabra C.

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Yolanda Hoyos

CC: 1.069.465.082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/12/24

Yo Lucides Manuel Gil Busilio certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Lucides Gil

CC: 7.370.169

Firma: Lucides Gil

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ma Fda Hdez

CC: 1.069.465.082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/12/24

Yo Jaime Andres Basilio Aguilar certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: x No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Jaime Andrés Basilio Aguilar
CC: 1069444028
Firma: Basilio

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Rafaela Hoyos
CC: 1.069.465.052
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/12/24

Yo Nayelis Herrera Zabala certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Nayelis Paola Zabala Herrera

CC: 1043639290

Firma: Nayelis Zatte

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Hilarfela Hdez

CC: 1.069.465.082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el microterritorio rural con mínimo treinta Personas de los cursos de Vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez que incluya toma de prueba rapida para detección VIH, entrega condones, charla sobre Salud Sexual y Reproductiva.

DIA:	05	MES:	Diciembre.	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Loyé	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Anu Lucia Reyes Mendoza	CC	1069.473 608	324532 9962	37	F	N1								X	X				X			X		* AIVA
2	Monica Basilio Almanza	CC	30.581 062	323463 4731	44	F	N1								X	X				X			X		* Monica Basilio
3	Noemi Hoyos Reyes	CC	1.069.462 699	323297 5024	37	F	N1								X	X				X			X		* noemi Hoyos
4	Karen Mendoza Pacheco	CC	1.003501 380	301763 9703	28	F	N1								X	X				X			X		* Karen Mendoza
5	Milandy Mendoza Reyes	TI	1.069.473 388	324532 9962	17	F	N1								X	X				X			X		* Milandy Mendoza.
6	Nancy Ayala Banger	CC	30.567 805	No Apto	58	F	N1								X	X				X			X		*
7	Beatriz Del carmen Mendoza	CC	30.567 363	No Apto	59	F	N1								X	X				X			X		
8	Aida Rosa Pinto	CC	30.569 641	No Apto	64	F	N1								X	X				X			X		
9	Samuel Reyes Mendoza	CC	15.050 009	321571 643	55	M	H								X	X				X			X		*
10	Manuel Quintana Esquivel	CC	15.050 480	324567 9534	55	M	H								X	X				6			X		*

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24.

Yo Ana Lucia Reyes Mendoza certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: AVA

CC: 1.069.473 608

Firma: AVA

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Rafaela Hdez

CC: 1069465082

Firma: Rafaela

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Monica Basilio Arrieta certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Monica Basilio
CC: 30581062
Firma: Monica Basilio

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:
CC:
Firma:

Carrera 14 No. 2E - 25 - Barrio Las Mercedes
Sahagún Córdoba Colombia
320 535 05 56 - (4) 758 95 97
www.esecamusanrafael.sahagun-cordoba.gov.co
Admin@esecamusanrafael.gov.co - Camusanrafel@yahoo.es

E.S.E CAMU SAN RAFAEL

Evolucionamos por su salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05/12/24

Yo Noemi Hoyos Reyes certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: noemi Hoyos

CC: 1069462699

Firma: noemi Hoyos

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mayfda Hoyos

CC: 1.069.465.012

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Karen Mendoza pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Karen Dayana Mendoza Pacheco

CC: 1.003.501.380

Firma: Karen Mendoza.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:

CC: 1.059.465.082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Milundy Mendoza Reyes certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Milundy Mendoza Reyes

CC: 1.064 475 308

Firma: Milundy Mendoza Reyes.

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Maura Fola Hdez

CC: 1.064.465.082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Nancy Ayala Burgos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Nancy Ayala Burgos

CC: 30.567.805

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Fela Hdez

CC: 1.069.467.017

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun **Fecha:** 05-12-24

Yo Beatriz Del Carmen Mendez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Beatriz Del Carmen Mendez

CC: 30.567.563

Firma: _____

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mafalda Hdez

CC: 1.069.465.012

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Aida Rosa pinto certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: V No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Aida Rosa pinto

CC: 30-569.641

Firma: _____

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Rafela Hdez

CC: 1066468082

Firma: _____

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

Nit. 812.001.579-2

ESE CAMU SAN RAFAEL

Evolucionamos con tu salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Samuel Reyes Mendez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Samuel Reyes mendez

CC: 1003000 009

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:

CC: 1.069.465.002.

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 05-12-24

Yo Manuel Quintana Esquivel certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Manuel Quintana

CC: T.I. 050 4986

Firma:

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mayda Hebz

CC: 1.061.765.082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Lugar:	La ye
Fecha:	2024 - 12 - 05
Personas Intervenidas:	30

Eje 4: Atención primaria en Salud









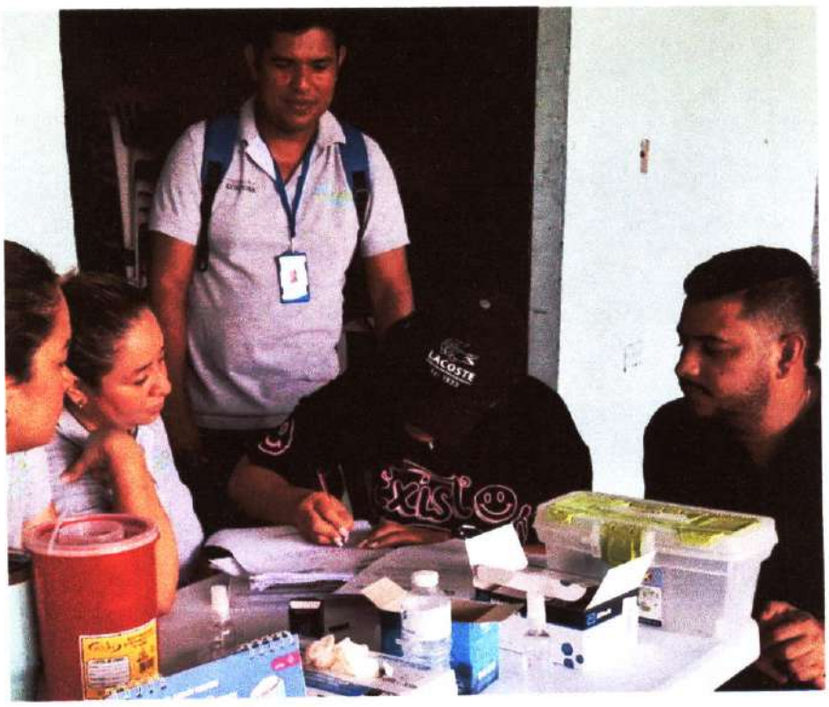


561

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE CERTIFICACION DE ACTIVIDAD



GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Carmen Ortega, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1067482610, en Representación del Cabildo Indígena. certifico que ESE Camu San Rafael. realizó una jornada SSR, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Tayé a los 05 días del mes de diciembre de 2024

FIRMA: CARMEN ORTEGA
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1067482610
CELULAR: 3233602794.

563

JORNADA 8

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL Evolucionamos por tu salud	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024**	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 13 del mes Diciembre del año 2024 se reunieron María Fernanda Florez Luis M. DOMINGUEZ representante de la ESE CAMU SAN RAFAEL y representante de Junta Accion Comunal la ye de la zona Rural del municipio de SAHAGUN con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° **SS-017-2024** celebrado entre la ESE CAMU SAN RAFAEL y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Jornada en el microterritorio rural con asistencia minima de 30 personas de los cursos de vida de adolecencia juventud adultez y vejes que incluye: toma de muestra rapida para la deteccion de VIH, entrega de condones, charlas
Eje/Dimensión	Eje: #4 Atencion Primaria en Salud.
Fecha propuesta	14-12-2024.
Necesidad de apoyo logístico	Mesa, Sillas, rotafolios, condones, pruebas rapidas de VIH, lancetas tipo laminas aplanadas, guardian recolector de pruebas, guantes alcohol, algodon.
Necesidad de talento humano	Enfermera Medico Auxiliar de enfermeria.
Observaciones	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Luis M. Dominguez	Nombre:	Maria fda Florez
Cedula de ciudadanía:	73.211.195	Cedula de ciudadanía:	1069465082
Entidad:	J. Accion Comunal la y.	Entidad:	ESE CAMU SAN RAFAEL
Numero de contacto	3005127038.	Numero de contacto	3003669190.
Firma:		Firma:	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Corregimiento la ye'.	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha: 14/12/2024	Hora de Finalización: 12:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Como objetivo de esta actividad buscamos informar, educar y concientizar a personas del área rural Sahagún donde explicamos los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, explicar la importancia de la planificación y realización de las pruebas de VIH en las personas, mayores a 18 años.

Desarrollo de la Reunión

Estas actividad se lleva a cabo en área rural de Sahagún, donde , se ubican en sillas plástica y a través de un rotafolio se le va dando una charla personalizada de acuerdo al curso de vida sobres los derecho sexuales y reproductivos, se explican cuáles son los métodos de planificación familiar, como se puede entrar al programa de planificación , con este misma persona se le dan charlas de concientización y responsabilidad a la hora de la planificación familiar, se le explican la importancia de que son realizar las pruebas de VIH, se rompen mitos y se explican verdades ya que son personas de área rural poco educadas, posterior esto se resuelves dudas, por partes de los profesionales, y luego de esto nos ponemos los elementos de protección y se realizan pruebas de VIH de manera individual, donde se le pone a firmar un consentimiento informado autorizando la realización de las pruebas, donde se resuelve dudas individual sobres las pruebas y se realizan , y se dan resultado de inmediatos, arrojándonos negativos todos

Conclusiones

Como conclusión tenemos que realizamos actividad educanda y concientizando a las personas sobres la importación de la planificación familiar, los derechos sexuales y reproductivo que ellos tienen, se aclaran mitos y se dicen verdades sobres la pruebas de VIH ya que son poblaciones poco educadas, entendiendo y asumiendo la responsabilidad de realizar las pruebas, ayudando identificar a personas con la enfermedad

Recomendaciones

Como recomendaciones se deben realizar más seguidos este tipo de actividades ya que no ayuda a educar a las persona para la hora de tener un hijo saber su derecho y no querer tenerlo como se planifica, nos ayudan a identificar a personas con enfermedades como VIH de manera rápida ayudándolos a concientizarlos y actuar de una marera rápida en caso de que porte la enfermedad.

Responsables de la Actividad

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Luis M. Dominguez, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 73.211.295., en Representación del J.A.C. la ye., certifico que Ivan Dario Simancu realizó Feria de Salud., en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Sahagún a los 14. días del mes de Diciembre de 2024

FIRMA: Luis M. Dominguez
CEDULA DE CIUDADANÍA: 73.211.295
CELULAR: 3005127038.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en la comunidad con atención a cuarenta (30) Personas de los ciclos de vida de adolescencia, juventud, adultez y vejez que incluya Toma de pruebas rapidas para detección VIH, entrega condones, charla sobre salud sexual y reproductiva.

DIA:	14	MES:	Diciembre.	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Layé	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Nactali Rafael peñaranda navarro	CC	1.133.840 098	No tiene	33	M	H								X	X				X			X		*Nactaly P.
2	Jose francisco Basilio martinez	CC	1.007.464 213	301310 4009	24	M	H								X	X				X			X		*Jose Basilio
3	Omar David urrego navarro	CC	1.068.807 699	324509 2418	20	M	H								X	X				X			X		*Omar M
4	Shelcin pacheco perez	CC	1.069471 455	324303 6746	24	F	M								X	X				X			X		*Shelcin pacheco
5	Denis Rosu perez salcedo	CC	30.584 096	302 214 9318	50	F	M								X	X				X			X		*Denis perez
6	Nellys Cluribel contreras zapateta	CC	1.003 497 992	304 275 0382	30	F	M								X	X				X			X		Nellys contrera
7	Liceth pacheco mejia	CC	1.069.473 411	301483 8454	36	F	M								X	X				X			X		Liceth pacheco
8	Nubia Ines lara pacheco	CC	30568 489	300557 0008	60	F	M								X	X				X			X		*Nubia Lara
9	Ketty lara pacheco	CC	52 412 244	323363 0495	51	F	M								X		X		X		X		X		Ketty Lara
10	Leifer pacheco	CC	1.069.490 391	No tiene	38	M	H								X	X				X			X		*leifer A Pacheco

SGS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-Dic/24

Yo Nactalys rafael paternina navarro certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: NACTA PATERNINO
CC: 1.133.840 098
Firma: NACTA PATERNINO

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mariafla Helen
CC: 1.069.465.082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14/ Dic/24

Yo Jose francisco Basilio martinez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Jose Francisco Basilio

CC: 1007 464 213

Firma: Jose Francisco Basilio.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Fernanda Hoyos

CC: 1069467052

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-Dic/24

Yo Omar Marquez Navarro certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH.

Acepto: X No acepto:

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Omar David Marquez Navarro

CC: 1088076990

Firma: Omar M

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:

CC: 1069.967.052

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14/Dic/24

Yo Shelcin pacheco perez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Shelcin Juliana Pacheco Perez
CC: 1.069.471.455
Firma: Shelcin Pacheco

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mafda Helen
CC: 1.069.465.057
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14/DIC/24

Yo Denis Rosa perez salcedo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Denis Rosa Perez Salcedo

CC: 30.584.096

Firma: Denis Rosa

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:

CC: 1.069.465.017

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-DIC/24

Yo Nellys Claribe Contreras certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Nellys Contreras

CC: 1003497992

Firma: Nellys contreras

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:

CC:

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagun **Fecha:** 14-12-24

Yo Lizeth pacheco mejia certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Lizeth del carmen pacheco mejia
CC: 1.069473411
Firma: Lizeth pacheco

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:
CC: 1.069.465.052
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-12-24

Yo Nubia Ines Lara Pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Nubia Ines Lara P

CC: 30568489

Firma: Nubia Lara

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Natalia Hoyos

CC: 1.069.465.082

Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-12-24

Yo Kelly Lara pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Kelly Lara
CC: 52.412.244
Firma: Kelly Lara.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Nelda Hdez
CC: 1.069.465.082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-Dic/24

Yo Leifer pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Leifer A Pacheco
CC: 1069490391
Firma: Leifer A Pacheco

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Mª Fdo Hdez
CC: 1.069.465.082
Firma: Mª Fdo Hdez

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el microterritorio rural con treinta (30) Personas de los cursos de vida de adolescencia, Juventud, adultez y vejez que incluya toma de Prueba rapidas para detección de VIH, entrega de Condones, Charla sobre Salud Sexual y reproductiva.

DIA:	14	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	La Y	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Yadira del Jesus Lara Pacheco	CC	26.075 309	314636 6961	76	F	M1								X	X				X			X		Yadira Lara
2	Regina Josefa Pacheco Florez	CC	26.046 260	100 Rpta01	71	F	M								X	X				X			X		Regina Pacheco
3	Maria Fernanda Vergara Lara	CC	1.069.505 652	302 341 5727	25	F	M								X	X				X			X		Maria Vergara
4	Sila Lara Pacheco	CC	15043 023	310 354 4442	61	M	M								X	X				X			X		Sila Lara
5	Jorgia Isabel Lara Pacheco	CC	26.075 372	321 681 6649	68	F	M								X		X		X		X		X		Jorgia Lara P.
6	Liliana Lozano Aguas	CC	1.007.800 124	300 400 2380	30	F	M								X	X				X			X		Liliana Lozano
7	Engri Mejia Berna	CC	30.581 965	314 827 6377	41	F	M1								X	X				X			X		Engri Mejia
8	Lady Cervantes Diaz	CC	25.913 820	300 399 8213	54	F	M								X	X				X			X		Lady Cervantes
9	Omaira Isabel Bohorquez Sena	CC	3962 784	324 540 2146	62	F	M								X	X				X			X		Omaira Ibs
10	Diana Hernandez Lara	CC	1.069463 700	302 366 8365	27	F	M1								X	X				X			X		Diana Hernandez

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos ... tu salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-12-24

Yo Yadira del socorro Lara pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Yadira Lara
CC: 26.075.309
Firma: Yadira Lara

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Fleth Ruiz
CC: 1069460502
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-12-24

Yo Regina pacheco Flores certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Regina Pacheco

CC: 26.046.260

Firma: Regina Pacheco

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Darío Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Darío S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos a tu salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-12-24

Yo María fernanda vergara lara certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Maria Fernanda Vergara
CC: 1069505652
Firma: Maria Vergara

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-12-2024

Yo Sila Lara Pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Sila Lara

CC: 15043023

Firma: Sfanjalp

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1044501815

Firma: Iván Dario S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 04-12-24

Yo Lorgia Isabel Lara pacheco certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Lorgia Isab. P

CC: 26.075.372

Firma: Lorgia Isab. P

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca

CC: 1047501815

Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-12-24

Yo Liliana Lozano Agamez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Liliana Lozano Agamez
CC: 1007 800 124
Firma: Liliana Lozano

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Darío Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Darío S

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-12-24

Yo Ingri Mejia Berna certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Ingri Mejia Berna
CC: 30.581.965
Firma: Ingri Mejia

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-12-24

Yo Leidy Cervantes Diaz certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: leidy Mir Cervantes Diaz
CC: 25913 820
Firma: leidy Cervantes

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-12-24

Yo Omaira Isabel Bohorquez Seña certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Omaira Isabel Bohórquez Seña
CC: 30562784
Firma: Omaira B.S.

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047301815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-12-24

Yo Diana Hernandez Lara certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Diana Hernández Lara
CC: 1.069.463.700
Firma: Diana Hernández

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Iván Dario Simanca
CC: 1047501815
Firma: Iván Dario S.

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-017-2024

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

EJE: #4 Atención Primaria en Salud

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada en el mcpio de Montelíbano vda Contentación 30 Personas de los cursos de vida de adolescencia, Juventud, adultez y vejez se le realizo toma de prueba rapida para detección de VIH, entrega de Condones, charlas sobre Salud Sexual y reproductiva.

DIA:	14	MES:	Diciembre.	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Loyd	ZONA:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			LABORA				MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	SI	NO	FORMAL	INFORMAL	SI	NO	
1	Jose Daniel Pacheco Hoyos	CC	1.069.474 360	No Reporto	20	M	H								X	X				X			X		+Jesús Daniel
2	Ferney Antonio Ayula Busilio	TI	1069.483 511	321707 3074	16	M	H								X	X				X			X		Ferney Antonio
3	Emy Yoladis Marquez Castillo	CC	1.003502 495	323458 3277	22	F	M								X	X				X			X		Emmy Márquez
4	Maria Gotman Reyes	CC	1.003759 703	301699 6483	32	F	M								X	X				X			X		Maria Guzmán
5	Dina Ester Reyes Bosillo	CC	1.003502 273	300504 9678	25	F	M								X	X				X			X		+Dina Reyes
6	Iris Aguilar Bohorquez	CC	30570 037	312338 5002	53	F	M								X	X				X			X		IPS Aguilar
7	Miguel Contreras Bodilio	CC	15038 852	No reporto	67	H	H								X	X				X			X		-Miguel Contreras
8	Lucila Arrieta Perez	CC	30569 931	302422 4876	63	F	M								X	X				X			X		Lucila Arrieta
9	Maria del Rosario Ramos Salas	TI	1.069476 712	311364 7952	17	F	M								X	X				X			X		-Maria Ramos.
10	Ana Milena Benitez Arrieta	CC	1100690 043	300778 8027	37	F	M								X	X				X			X		Ana Benitez

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 24-DIC-24

Yo Dina Ester Reyes Basilio certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Dina Reyes Basilio
CC: 1003502213
Firma: Dina Reyes

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:
CC:
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 24-Dic/24

Yo Ing Aguilar Bohorquez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: Y No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: IRIS Gairene Aguilar Bohorquez
CC: 30570087
Firma: IRIS Aguilar

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:
CC: 1006946708
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 24-Dic-24

Yo Miguel Contreras Bustillo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: miguel Contreras
CC: 15 038 552
Firma: miguel Contreras

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Rafaela Hales
CC: 1066.965.087
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 14 - Dic - 24

Yo Lucila Arrieta Perez certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Lucila Arrieta

CC: 30569931

Firma: Lucila

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Maria Fda Hdez

CC: 1.069.465.082

Firma: MFda Hdez

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún Fecha: 14 - Dici - 24

Yo María del Rosario Ramos Salas certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: María Ramos Salas
CC: 1,069 476.792
Firma: María Ramos

Firma del asesor que realizó la consejería.

Nombre: Maria Fida Hdez
CC: 1.069.465.082
Firma: M Fda HDEZ

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 14-DIC-24

Yo Ana Milena Benitez Ayala certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Ana Milena Benitez Ayala
CC: 1100 690 043
Firma: Ana Benitez

Firma del asesor que realizó la consejeria:

Nombre: Flavia Florez Florez
CC: 1.069.465.082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 24-NOV-24

Yo Jose Daniel pacheco hoyos certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: _____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Jesús Daniel Pacheco Hoyos
CC: 1069474360
Firma: Jesús Daniel

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Thurfala Hdez
CC: 1069687087
Firma: Thurfala

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 24-Dic-24

Yo Ferney Antonio Ayala Basilio certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: t No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Ferey Ayala Basilio
CC: 1069483577
Firma: Ferey Ayala Basilio

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: Ma Isabel Hdez
CC: 1.069.965.087
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 24-DIC-24

Yo Emy Margarita Castillo certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: Emmy Yorladis Márquez Castillo
CC: 1003 562 495
Firma: Emmy Márquez

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre:
CC:
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE HIV

Ciudad: Sahagún **Fecha:** 24-OCT/24

Yo María Guzmán Reyes certifico que he recibido indicaciones sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, limitaciones y su riesgo y que he entendido estas indicaciones.

Que he recibido consejería pre-prueba, actividad por el profesional de la salud, para confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas, conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

También certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso, ella también me brindará una buena asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento, en cualquier momento después de tomado el examen, estoy informado de las medidas que se tomarán en la confidencialidad de sus resultados.

He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la Infección por VIH.

Acepto: X No acepto: ____

Firma de la persona quien da el consentimiento:

Nombre: María Cerezón
CC: 1003159103
Firma: María Cerezón

Firma del asesor que realizó la consejería:

Nombre: María Fda Ortiz
CC: 1064161082
Firma:

Nota: Las consejerías pre y pos-prueba deben ser llevadas a cabo por personal entrenado y calificado para dar información, educación, apoyo psicosocial y realizar actividades de asesoría a las personas con temor a estar infectadas con el VIH o de estar desarrollando SIDA.

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU SAN RAFAEL
Evolucionamos por tu salud

EVIDENCIA DEL ACTA DE DESARROLLO DE ACTIVIDADES

Lugar:	La ye
Fecha:	2024-12-14
Personas Intervenidas:	30

Eje 4: Atención primaria en Salud







