	Nombre del documento FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH	
Código: SGC-LC-Rg004	Versión: 02	Fecha de Emisión: Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Yogeidi Diaz			TIPO Y N° DE DOCUMENTO	cc 1070811220
FECHA NACIMIENTO	02-04-1989	TEL	3206656594	EPS	MutualSer
EDAD	34	DIRECCION	Miramar		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [X]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



Huella índice derecho

FECHA: 18 | 11 | 2024

Nombre del paciente/Representante: Yogeidi Diaz

Firma del paciente/Representante: Yogeidi Diaz Documento: 1070811220

Profesional responsable: Darly Molier Marquez Documento: 53010087

	Nombre del documento FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH	
Código: SGC-LC-Rg004	Versión: 02	Fecha de Emisión: Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Jose A. Feria			TIPO Y N° DE DOCUMENTO	cc 15702601
FECHA NACIMIENTO	08-06-1968	TEL	3135685013	EPS	Mutual Ser
EDAD	52	DIRECCION	Mina mar		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [X]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



FECHA: 18 | 11 | 24

Nombre del paciente/Representante Jose A. Feria — Huella índice derecho

Firma del paciente/Representante: Jose A Feria **Documento:** 15702601

Profesional responsable: Darlly M. olier Mosquera **Documento:** 53010087

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, ORLIS Meza, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1063717615, en Representación del Microterritorio Miramar, certifico que la ESE CAMU MOÑITOS realizó Salud sexual y reproductiva, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Moñitos a los 18 días del mes de 11 del 2024

FIRMA: ORLIS MEZA
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1063717615
CELULAR: 3106643351

E.S.E. CAMU Moñitos	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 1 del mes 12 del año 2024 se reunieron Alfredo Curvelo representante de la ESE CAMU MOÑITOS y Imer Cicona representante de Cider microterritorio Brisas del mar de la zona urbana del municipio de Moñitos- Córdoba con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-019-2024.celebrado entre la ESE CAMU MOÑITOS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Salud sexual y reproductiva	promoción y prevención de derechos sexuales y reproductivos	05-12-24	Folafolico	01	

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

Nombre:	Imer Cicona	Nombre:	Alfredo Curvelo
Cedula de ciudadanía:	11170908	Cedula de ciudadanía:	72005052
Entidad:	Microterritorio Brisasdelmar	Entidad:	E.S.E CAMU MOÑITOS
Numero de contacto	3213124403	Numero de contacto	3145640192
Firma:		Firma:	

E.S.E. CAMU Moñitos

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°
N° SS-019-2024

GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

DIMENSIÓN: Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero - Prevención y atencion integral de la SSR desde un enfoque de Género

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: salud sexual y reproductiva

DIA:	05	MES:	12	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	microterritorio Brisas del mar	ZONA:	urbana

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	Tatiana Benitez	cc	1063727570	3135162167	28	f									X	X				X			X		Tatiana V
2	Yerlis Navarro	cc	50964431	3168721762	50	f									X	X				X			X		Yerlis Navarro
3	María villa meza	cc	22809631	3126821212	51	f									X	X				X			X		María Villa
4	María de Jesus Meza	cc	45425654	3126821212	70	f									X	X				X			X		maria Meza
5	Emelda Hernandez	cc	1070811637	3217437516	20	f									X	X				X			X		Emelda HDez
6	Ruth Vargas G.	cc	34989480	3106122014	60	f									X	X				X			X		Ruth Vargas
7	Danis Martinez	cc	1003049736	3042426606	24	M									X	X				X			X		Danis M
8	Greidis Gonzales	cc	1003049312	3135595570	22	f									X	X				X			X		Greidis G
9	María Mejia Diaz	cc	26136296	3205124280	52	f									X	X				X			X		Maria Mejia Diaz
10	Alcira Sanchez	cc	30655180	3226397045	55	f									X	X				X			X		Alcira S

E.S.E. CAMU Monitos	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° **N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU Montitos

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°
N° SS-019-2024

GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

DIMENSIÓN: Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad-Prevención y atención integral de la SSR desde un enfoque de género

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Salud sexual y reproductiva

DIA:	05	MES:	12	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Mun territorio Brisas del mar	ZONA:	Urbana

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	Santander Tordecilla T.	cc	1044061 9	3205406584	65	M									X	X				X			X		Santander T
2	Ramon Gil	cc	3574747	3227186866	88	M									X	X				X			X		Ramon
3	Yenifer Gomez Hdez	cc	1067194500	3245813184	19	f									X	X				X			X		Yenifer Gomez
4	Jose Ruiz	cc	1063722806	3166104054	23	M									X	X				X			X		Jose Ruiz
5	Carmen Gomez	cc	1014122734	3128337674	28	f									X	X				X			X		Carmen Gomez
6	Greg Vergara	cc	1003150068	3218722274	29	f									X	X				X			X		Greg Vergara
7	Nelver Garces	cc	1068726577	3105406810	18	M									X	X				X			X		Nelver Garces
8	Veronica Alvares M	cc	1026159260	3177504555	26	f									X	X				X			X		Veronica Alvares
9	Minun Luna	cc	26145641	3170428426	19	f									X	X				X			X		Minun Luna
10	Laura V Ramos	cc	1062455298	3126084163	18	f									X	X				X			X		Laura Ramos

E.S.E. CAMU Montitos	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° **N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU Montitos

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°
N° SS-019-2024

GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

DIMENSIÓN: Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de género - Prevención y atención integral de la SSR desde un enfoque de género

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Salud sexual y reproductiva

DIA:	05	MES:	12	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Microterritorio Brisas del mar	ZONA:	urbana

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	Luisa fajardo	cc	1133654044	3124285363	18	f									X	X				X			X		
2	Alvaro Diaz	cc	1503033411	3102436800	56	M									X	X				X			X		
3	Valeria Peña	cc	1029270917	3228456141	18	f									X	X				X			X		
4	Fransisco Martinez	cc	84032105	3053643355	42	M									X	X				X			X		
5	Imer Licona	cc	11170408	3213124403	56	M									X	X				X			X		
6	Enadis Nuñez	cc	26147710	3502320354	54	f									X	X				X			X		
7	Elis meza	cc	1063717615	3103644355	42	M									X	X				X			X		
8	Millerluy torrez	cc	1102836118	3216405842	34	f									X	X				X			X		
9	Ramiro Hernandez	cc	1103837119	3102926572	35	M									X	X				X			X		
10	Ruth Benitez	cc	1070816831	3107165460	35	f									X	X				X			X		

E.S.E. CAMU Montitos	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° **N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Microterritorio Brisas Del Mar	Hora de Inicio: 2:00 pm
Fecha 05-12-2024	Hora de Finalización: 4:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar jornada 4 de entrega de métodos de anticoncepción de larga duración, 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).

Desarrollo de la Reunión

Se inicia la jornada 3 con los miembros de la comunidad de los cursos de vida (de adolescencia, juventud, adultez y vejez donde se realizaron tomas de muestras rápidas de VIH , entregas de método de planificación familiar condones y socialización de temas sobre salud sexual y reproductiva (menstruación, planificación familiar, cuidados en el embarazo, cuidados postparto, cuidados en el recién nacido, entre otros), en el microterritorio urbano Brisas del Mar con una metodología participativa y lúdica.
Al finalizar la reunión se le realiza unas series de preguntas sobre la jornada para medir si comprendieron los temas socializados y manifiestan que les quedo muy claro.

Conclusiones

Se termina la jornada de manera satisfactoria, los participantes comprendieron los temas tratados y participaron activamente de las muestras de VIH y la entrega de condones, se resolvieron las dudas e inquietudes.

Recomendaciones

Se les recomienda a los participantes poner en práctica la información y educación compartidas.

Responsables de la Actividad

Alfredo Cúrvelo Gascón

C.C: 72.005.042

Jornada N°4 Diciembre











	Nombre del documento FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH	
Código: SGC-LC-Rg004	Versión: 02	Fecha de Emisión: Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Enadis Perez Nuñez.			TIPO Y N° DE DOCUMENTO	Cc.26147710
FECHA NACIMIENTO	17-02-1970	TEL	3502320359	EPS	Coosalud.
EDAD	54	DIRECCION	Brisas del Mar.		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA	X
RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA	



FECHA: 05 | 12 | 2024

Nombre del paciente/Representante Enadis Perez. Nuñez.

Huella índice derecho

Firma del paciente/Representante: Enadis P. Nuñez Documento: 26147710

Profesional responsable: Darlly M oliver Mangones. Documento: 53010067

	Nombre del documento FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH	
Código: SGC-LC-Rg004	Versión: 02	Fecha de Emisión: Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Ruth Vargas			TIPO Y N° DE DOCUMENTO	cc34984880
FECHA NACIMIENTO	25-07-1965	TEL	3106122014	EPS	MTS.
EDAD	60	DIRECCION	Brisas del mar		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [X]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



Huella indice derecho

FECHA: 05 | 12 | 24

Nombre del paciente/Representante: Ruth Vargas

Firma del paciente/Representante: Ruth Vargas Documento: 34984880

Profesional responsable: Darlly M. Olier Manyonel Documento: 53010087

	Nombre del documento FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH	
Código: SGC-LC-Rg004	Versión: 02	Fecha de Emisión: Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Fransisco Martinez			TIPO Y N° DE DOCUMENTO	cc 84032105
FECHA NACIMIENTO	22-08-1983	TEL	3053643551	EPS	Coosalud
EDAD	42	DIRECCION	Brisas del mar		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [X]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



Huella índice derecho

FECHA: 05 | 12 | 24

Nombre del paciente/Representante Fransisco Martinez

Firma del paciente/Representante: Fransisco Martinez **Documento:** 84032105

Profesional responsable: Darlly M olier Mangones **Documento:** 53010087

	Nombre del documento FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH	
Código: SGC-LC-Rg004	Versión: 02	Fecha de Emisión: Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Valeria Peña			TIPO Y N° DE DOCUMENTO	cc 1029270497
FECHA NACIMIENTO	10-07-2007.	TEL	3228456141	EPS	MTS.
EDAD	18	DIRECCION	Brisas del mar		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [X]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



Huella índice derecho

FECHA: 05 | 12 | 24

Nombre del paciente/Representante: Valeria Peña

Firma del paciente/Representante: Valeria Peña Documento: 1029270497

Profesional responsable: Darily M. Olier Manjarres Documento: 53010087

	Nombre del documento FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH	
Código: SGC-LC-Rg004	Versión: 02	Fecha de Emisión: Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Denis Martinez			TIPO Y N° DE DOCUMENTO	cc 1003049736
FECHA NACIMIENTO	03-03-2001	TEL	3042426666	EPS	M.T.S.
EDAD	24	DIRECCION	Brisas del mar		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [V]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



FECHA: 05 | 12 | 24

Nombre del paciente/Representante Denis Martinez — Huella índice derecho

Firma del paciente/Representante: Denis Martinez **Documento:** 1003049736

Profesional responsable: Darlly M. Olver Mangones **Documento:** 53010087

	Nombre del documento FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH	
Código: SGC-LC-Rg004	Versión: 02	Fecha de Emisión: Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Tatiana Benitez			TIPO Y N° DE DOCUMENTO	cc 1063727570
FECHA NACIMIENTO	24-06-1996	TEL	3135162167	EPS	Mutualser
EDAD	28	DIRECCION	Brisas del Mar		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [X]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



Huella índice derecho

FECHA: 05 | 12 | 2024

Nombre del paciente/Representante Tatiana Benitez.

Firma del paciente/Representante: Tatiana Benitez **Documento:** 1063727570

Profesional responsable: Darlly Molier Mangones **Documento:** _____

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Imer Jicona, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 11170908, en Representación del Microterritorio Brisas del mar, certifico que la ESE CAMU MOÑITOS realizó Salud sexual y reproductiva, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Moñitos a los 5 días del mes de 12 del 2024

FIRMA: Imer Jicona
CEDULA DE CIUDADANÍA: 11170908
CELULAR: 3213124403

3.2 Desarrollar una (01) 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.

E.S.E. CAMU Moñitos	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 21 del mes Septiembre. del año 2024 se reunieron Stefanya Hernandez Ibarra representante de la ESE CAMU MOÑITOS y Liliana Julio representante de vereda Pueblito de la zona Rural del municipio de Moñitos- Córdoba con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-019-2024.celebrado entre la ESE CAMU MOÑITOS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Jornada derechos sexuales y reproductivos Toma de pruebas rapidas para la detección del VIH	promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero	22 septiembre 2024 3:00 pm	Pruebas rapidas VIH Rotafolio Preservativos	Enfermera medico	

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

Nombre:	Liliana Julio. ojeda	Nombre:	Stefanya Hernandez
Cedula de ciudadanía:	34882957	Cedula de ciudadanía:	1192732876
Entidad:	Vereda Pueblito	Entidad:	E.SE CAMU moñitos
Numero de contacto	3114891510	Numero de contacto	3136156597
Firma:	Liliana Julio. O	Firma:	Stefanya Hernandez

E.S.E. CAMU Montitos

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°
N° SS-019-2024

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

DIMENSIÓN: Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero - prevención y atencion integral de la SSR

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada derechos sexuales y reproductivos y toma de pruebas rapidas para la detección del VIH

DIA:	22	MES:	Septiembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Pueblito	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	Mercede Pacheco s	CC	26145897		62	M									X	X				X			X		Mercedes
2	eduardo Silgado	CC	11 171549		72	M									X	X				X			X		Eduardo S
3	Amparo Padillas	CC	26 146730	3113598348	56	F									X	X				X			X		Amparo padilla
4	Icela Bedoya	TI	1063725257		15	F									X	X				X			X		Icela
5	Maira naranjo	CC	1003590784		31	F									X	X				X			X		Maira N.
6	Ena Julio	CC	1063717961		28	F									X	X				X			X		Ena Julio
7	Adriana martinez	CC	1192745886	3106074300	22	F									X	X				X			X		Adriana MJ
8	Rodolfo Guzma	CC	1063717861		22	M									X	X				X			X		Rodolfo
9	luis Fernando licon	CC	1063720502	3217349355	34	M									X	X				X			X		
10	Maria Vidal	CC	45475182		60	F									X	X				X			X		Maria V.

E.S.E. CAMU Montitos	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° **N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU Montitos

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°
N° SS-019-2024

OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA

GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

DIMENSIÓN: Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero - Prevención y atención integral de la SSR

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada derechos sexuales y reproductivos y toma de Pruebas rapidas para la deteccion del VIH

DIA:	22	MES:	Septiembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Rebolito	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	Dominga lugo	CC	1063716206	3216427432	47	F									X	X				X			X		Dominga lugo
2	DAVIS FUENTES	CC	35.005.047	3216427432	84	F									X	X				X			X		
3	CESAR Lugo	CC	1063716898	3014435691	46	M									X	X				X			X		cesar Lugo
4	OSCAR SEVILLA	CC	1003098247	3205915299	34	M									X	X				X			X		MAIYA
5	MAIRA AVILA	CC	26.146726	3170979829	55	F									X	X				X			X		Onedis Avila
6	ONEDIS AVILA	CC	26138822	3205372032	58	F									X	X				X			X		Sandra AVILA
7	SANDRA PAYARES	CC	1063719375	3194825583	25	F									X	X				X			X		Sandra Payares
8	ARNOL Benjumea	CC	1063722453	3133049242	34	M									X	X				X			X		ARnol Benjumea
9	gloria MARTINEZ	CC	1.007.369543	3002041963	34	F									X	X				X			X		Gloria Martinez.
10	Katerine Kalvo	CC	1003099453	3246073	20	F									X	X				X			X		Katerine K.

E.S.E. CAMU Montitos	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° **N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5
				

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU Montitos

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°
N° SS-019-2024

GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

DIMENSIÓN: Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero - prevencion y atencion integral de la SSR

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada derechos sexuales y reproductivos y toma de pruebas rapidas para la detección del VIH

DIA:	22	MES:	Septiembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Pueblito	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	ana Milena M.	cc	1003099466	3017526765	30	f									x	x				x			x		ana milena Musa M
2	diogo Alberto Padilla	cc	1070820177	3206371409	31	M									x	x				x			x		diogoberto
3	Neiver lugo	cc	1070813794	3022413491	63	M									x	x				x			x		neiver lugo
4	Tania Avila	cc	1193142662	3012495842	33	f									x	x				x			x		Tania M
5	ena charif julio	cc	1063717961	3143616097	20	f									x	x				x			x		iEna Julio
6	Roselis Maria	cc	1003099176	3145067708	22	f									x	x				x			x		Roseli
7	ingri Meza	cc	1063727218	3005610545	27	f									x	x				x			x		ingrid Meza
8	enmilis correa	cc	1003047026	3008668819	36	f									x	x				x			x		ENARIDISCO
9	Mauricio Mendoza	cc	1065001809	3137221758	31	M									x	x				x			x		
10	adelverto	cc	11170814	3184955544	55	M									x	x				x			x		

E.S.E. CAMU Moñitos	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° **N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD

E.S.E. CAMU Moñitos

ACTA DE REUNIÓN	
Lugar: Pueblito	Hora de Inicio: 3:00 pm
Fecha 22 Septiembre 2024	Hora de Finalización: 5:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Realiza una jornada de toma de pruebas rápidas para la detección del VIH, charlas sobre salud Sexual y reproductiva

Desarrollo de la Reunión

Se inica la actividad con los 30 participantes, se habla sobre los siguientes temas: menstruación, planificación familiar, cuidados en el embarazo, cuidados post parto, cuidados en el recien nacido, derechos sexuales y reproductivos, Al finalizar la charla se hace entrega de Preservativos y se realizan toma de pruebas rápidas para la detección de VIH.

Se anexa certificación que avala el desarrollo de la actividad.

Conclusiones

los participantes no conocian sus derechos sexuales y reproductivos

Recomendaciones

Hacer uso de metodos de planificación familiar y metodos de barrera para prevenir enfermedades de transmición sexual

Responsables de la Actividad

Stefanya Hernandez Lucena

Anibal Mendoza Montes

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Adriana Lucia Martinez Gonzalez			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	1192745816
FECHA NACIMIENTO	27-10-2002	**TEL**	3106074300	**EPS**	Mutual Ser
EDAD	22	**DIRECCION**	Pueblito		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [✓]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



FECHA: 22 | 09 | 24

Nombre del paciente/Representante Adriana Martinez Gonzalez **Huella índice derecho**

Firma del paciente/Representante: Adriana M G. **Documento**: 1192745816

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Arcona **Documento**: 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Eduardo Silgado Torres			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	11171549
FECHA NACIMIENTO	10-01-1962	**TEL**	3205372934	**EPS**	Mutual Ser
EDAD	62	**DIRECCION**	Pueblito		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA ☑

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA ☐

FECHA: 22 | 09 | 24

Nombre del paciente/Representante Eduardo Silgado

Huella índice derecho

Firma del paciente/Representante: Eduardo S **Documento:** 11171549

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Ocana **Documento:** 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Roselis maria leal Barrios			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	CC1003099176
FECHA NACIMIENTO	16-03-2002	**TEL**	3245067758	**EPS**	Coosalud
EDAD	22	**DIRECCION**	Pueblito		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA ☑

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA ☐



FECHA: 22 | 09 | 24

Nombre del paciente/Representante Rosli Maria

Huella índice derecho

Firma del paciente/Representante: Rosli Leal Barrio **Documento**: 1003099176

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Jicona **Documento**: 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Dominga Josefa Lugo Fuentes			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	1063716206
FECHA NACIMIENTO	8-02-1997	**TEL**	3216427432	**EPS**	Nueva EPS
EDAD	48	**DIRECCION**	Pueblito		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA ✓

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA



FECHA: 22 | 09 | 24

Nombre del paciente/Representante Dominga Lugo — **Huella índice derecho**

Firma del paciente/Representante: Dominga Lugo **Documento:** 1063716206

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Jacome **Documento:** 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Ingrid Maria Meza Lugo			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	1063727218
FECHA NACIMIENTO	27-12-1996	**TEL**	3005610595	**EPS**	Coosalud
EDAD	27	**DIRECCION**	pueblito		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [✓]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



FECHA: 22 | 09 | 24

Nombre del paciente/Representante Ingrid Meza Lugo

Huella índice derecho

Firma del paciente/Representante: Ingrid Meza **Documento**: _____

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Ariana **Documento**: 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Maira Lucia Naranjo Lopez			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	1003590784
FECHA NACIMIENTO	29-07-1993	**TEL**	3148480405	**EPS**	Nueva EPS
EDAD	31	**DIRECCION**	Pueblito		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [✓]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



FECHA: 22 | 09 | 24

Nombre del paciente/Representante - Maira N.L

Huella índice derecho

Firma del paciente/Representante: Maira N.L. **Documento**: 1003590784

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Jicona **Documento**: 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión**: 02	**Fecha de Emisión**: Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Tania Margarita Avila Morelo			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	1193142664
FECHA NACIMIENTO	30-11-1991	**TEL**	3012495842	**EPS**	Nueva EPS
EDAD	33	**DIRECCION**	Pueblito		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [✓]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



FECHA: 22 | 09 | 24

Nombre del paciente/Representante Tania Avila Morelo — **Huella índice derecho**

Firma del paciente/Representante: Tania A — **Documento**: 1193142664

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Zucona — **Documento**: 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Enalidis Correa Lobo			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	1003097026
FECHA NACIMIENTO	24-04	**TEL**	3008668879	**EPS**	Mutual Ser
EDAD	36	**DIRECCION**	Pueblito		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [✓]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



Huella índice derecho

FECHA: 22 | 09 | 24

Nombre del paciente/Representante _____

Firma del paciente/Representante: _____ **Documento**: _____

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Acosta **Documento**: 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Ena Charis Julio morelo			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	1063717961
FECHA NACIMIENTO	22-04-2004	**TEL**	3143610832	**EPS**	mutual ser
EDAD	20	**DIRECCION**	Pueblito		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [✓]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



FECHA: 22 | 09 | 24

Nombre del paciente/Representante Ena Charis Julio Morelo

Huella índice derecho

Firma del paciente/Representante: Ena Julio **Documento**: 1063717961

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Lucena **Documento**: 1192732876

3.2. Desarrollar una (01) 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.

Septiembre









GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU Moñitos

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Liliana Julio Ojeda, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 34882957, en Representación del vereda Pueblito, certifico que la ESE CAMU MOÑITOS realizó Jornada de derechos sexuales y reproductivos, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Pueblito a los 22 días del mes de Septiembre del 2024

FIRMA: Liliana Julio
CEDULA DE CIUDADANÍA: 34 882 957
CELULAR: 3114891510

E.S.E. CAMU Moñitos	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 22 del mes Octubre del año 2024 se reunieron Stefanya Hernandez Ucoma representante de la ESE CAMU MOÑITOS y Yanis Theran Benitez representante de Vereda Bella cohita de la zona Rural del municipio de Moñitos- Córdoba con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-019-2024.celebrado entre la ESE CAMU MOÑITOS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Jornada sobre derechos Sexuales y reproductivos y toma de Pruebas rapidas para la detección del VIH	Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero	23 octubre 2024 3:00 pm	Pruebas rapidas para VIH preservativos Rotafolio	Enfermera medico	

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

Nombre:	Yanis Theran Benitez	Nombre:	Stefanya Hernandez Ucoma
Cedula de ciudadanía:	1063719517	Cedula de ciudadanía:	1192732876
Entidad:	Vereda Bella cohita	Entidad:	ESE CAMU MOÑITOS
Numero de contacto	3147835289	Numero de contacto	3136156597
Firma:	Yanis Theran Benitez	Firma:	Stefanya Hernandez

E.S.E. CAMU Moñitos

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°
N° SS-019-2024

GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

DIMENSIÓN: Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero - Prevención y atencion integral de la SSR

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada sobre derechos sexuales y reproductivos y toma de pruebas rapidas para la detección de VIH

DIA:	23	MES:	Octubre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Bella cohita	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	Tatiana benitez Martinez	CC	1063727570	3135162167	28	F									X	X				X			X		Tatiana
2	Enrique mora Ibarra	CC	15019090	3217349162	70	M									X	X				X			X		Enrique Mora
3	Yerlis navarros Yorentes	CC	50969431	3128721762	50	F									X	X				X			X		Yerlis Navarro
4	Ramiro Padilla Correa	CC	11172566	3125412777	43	M									X	X				X			X		Ramiro Padilla
5	Yanis theran benitez	CC	1063714557	3147835289	41	F									X	X				X			X		YANIS theran
6	Rafael Padilla mordes	CC	10936328	3215787564	72	M									X	X				X			X		Rafael Padilla
7	Diover Alvarez Montalvo	CC	11166008	3135616213	43	M									X	X				X			X		Diover A
8	liviarosa benitez liorra	CC	26146040	3157413585	56	F									X	X				X			X		Livia Rosa
9	Maria de Jesus Meza	CC	45425659	3126821212	70	F									X	X				X			X		María
10	Maria villa meza	CC	22809631	3126821212	51	F									X	X				X			X		maria villa m

E.S.E. CAMU Montitos	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° **N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU Moñitos

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°
N° SS-019-2024

GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

DIMENSIÓN: Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero - prevención y atención integral de la SSR

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada sobre derechos sexuales y reproductivos y toma de pruebas rapidas para la deteccion del VIH

DIA:	23	MES:	octubre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Bella cohita	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	Donadis Montalvos	cc	1070812552	3178183729	36	M									X	X				X			X		DONADIS M
2	Karen Margarita Padilla	cc	1003094777	3155091215	26	F									X	X				X			X		Karen Margarita
3	Jose madrid Vasquez	cc	8174116	3126101409	56	M									X	X				X			X		Jose Madrid
4	Carmen bravos b	cc	1063721347	3226522343	27	F									X	X				X			X		Carmen bravo
5	Yasiris Theran benitez	cc	1070812515	3107105060	32	F									X	X				X			X		Yasiris Theran
6	Rosalba Rosso M	cc	50928339	3146407369	45	F									X	X				X			X		Rosalba Rosso
7	Eduardo Villadiego	cc	15647344	3173864526	41	M									X	X				X			X		Eduardo V
8	Ruth Benitez	cc	1070816831	3107105060	35	F									X	X				X			X		RUTH Benitez
9	OVeis Vaiga ruiz	cc	1063716819	3122805992	40	M									X	X				X			X		OVeis
10	Jose david de la rosa	cc	1063722574	3148785508	34	M									X	X				X			X		JOSE DAVID

E.S.E. CAMU Montitos	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° **N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU Montitos

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°
N° SS-019-2024

GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

DIMENSIÓN: Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero - prevención y atención integral de la SSR

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada sobre derechos sexuales y reproductivos y toma de pruebas rapidas para la detección de VIH

DIA:	23	MES:	octubre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Bella cohita	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	Silviaester Padilla M	CC	1070815441	3116994965	34	F									X	X				X			X		Silviaester P
2	Yuris Rosso Estrada	CC	1007298376	3186224648	26	F									X	X				X			X		Yuris Rosso
3	Alfonso Yorenta O	CC	92504568	3158466160	59	M									X	X				X			X		Alfonso Yorente
4	Marlon Jurado Niño	CC	73196682	3173260870	41	M									X	X				X			X		Marlon Jurado
5	Miguel miranda	CC	1063718287	3126794412	40	M									X	X				X			X		miguel miranda
6	Osneider Yorenta	CC	1063724938	3145094149	31	M									X	X				X			X		Osneider Yorenta
7	Rafael Vargas G	CC	15015562	3108219604	79	M									X	X				X			X		Rafael Vargas
8	Marcelo miranda M	CC	11170353	3122176082	65	M									X	X				X			X		Marcelo Miranda
9	Edelio benites	CC	1063726208	3235025514	30	M									X	X				X			X		Edelio
10	Jose Francisco Martinez	CC	1063716047	3217940939	39	M									X	X				X			X		Jose Francisco M

E.S.E. CAMU Moritos	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° **N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Donadis Montalvo Negrete			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	1070812552
FECHA NACIMIENTO	20-01-1988	**TEL**	3178183729	**EPS**	Nueva EPS
EDAD	36	**DIRECCION**	Bella cohita		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [X]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



Huella índice derecho

FECHA: 23 | 10 | 24

Nombre del paciente/Representante DONADIS MONTALVO

Firma del paciente/Representante: DONADIS **Documento:** 1070812552

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Licona **Documento:** 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Diover alvarez Montalvos			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	1166008
FECHA NACIMIENTO	06/11/1975	**TEL**	3133616213	**EPS**	Coosalud
EDAD	43	**DIRECCION**	Bellacohita		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.

Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [X]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



FECHA: 23 | 08 | 24

Nombre del paciente/Representante Diover Alvarez montalvo

Huella índice derecho

Firma del paciente/Representante: Diover **Documento:** 1166008

Profesional responsable: Stefanya Hernandez ticora **Documento:** 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión**: 02	**Fecha de Emisión**: Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Diover Alvarez montaluS			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	11166008
FECHA NACIMIENTO	06-11-1973	**TEL**	3135616213	**EPS**	Coosalud
EDAD	43	**DIRECCION**	Bella cohita		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [X]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



Huella índice derecho

FECHA: 23 | 10 | 24

Nombre del paciente/Representante Diover Alvarez

Firma del paciente/Representante: Diover **Documento:** 11166008

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Licona **Documento:** 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Ramiro Padilla Correa			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	11172566
FECHA NACIMIENTO		**TEL**		**EPS**	Coosalud.
EDAD	46	**DIRECCION**	Bella Cohita.		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA	X
RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA	



Huella índice derecho

FECHA: 23 | 10 | 24

Nombre del paciente/Representante Ramiro Padilla

Firma del paciente/Representante: _____ **Documento:** 11172566

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Lucena **Documento:** 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Miguel Miranda Anaya			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	1063718287
FECHA NACIMIENTO	13-02-1981	**TEL**	3126794412	**EPS**	Coosalud
EDAD	42	**DIRECCION**	Bella cohita		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [x]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



Huella índice derecho

FECHA: 23 | 10 | 24

Nombre del paciente/Representante Miguel Miranda

Firma del paciente/Representante: Miguel **Documento:** 1063718287

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Jicora **Documento:** 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Marlon Niño Jurado			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	73196682
FECHA NACIMIENTO	12-04-1983	**TEL**	3173260870	**EPS**	Coosalud
EDAD	41	**DIRECCION**	Bella cohita		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [x]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



Huella índice derecho

FECHA: 23 | 10 | 24

Nombre del paciente/Representante Marlon Niño

Firma del paciente/Representante: Marlon Niño **Documento:** 73196682

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Ticora **Documento:** 1192732576

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Yanis Theran Benitez			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	1063719557
FECHA NACIMIENTO	25-11-1983	**TEL**	3147835289	**EPS**	Mutual Ser
EDAD	41	**DIRECCION**	Bella cohita		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [X]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



Huella índice derecho

FECHA: 23 | 10 | 24

Nombre del paciente/Representante Yanis Theran Benitez

Firma del paciente/Representante: Yanis Theran **Documento:**

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Licona **Documento:** 1192732870

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión:** 02	**Fecha de Emisión:** Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Jose Madrid Vasquez			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	8174116
FECHA NACIMIENTO	08-11-1966	**TEL**	3126101409	**EPS**	Mutual Ser
EDAD	56	**DIRECCION**	Bella Cohita		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [X]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



FECHA: 23 | 10 | 24

Nombre del paciente/Representante Jose Madrid Vasquez **Huella índice derecho**

Firma del paciente/Representante: Jose Madrid **Documento:** 8174116

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Acosta **Documento:** 1192732876

	Nombre del documento **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH**	
Código: SGC-LC-Rg004	**Versión**: 02	**Fecha de Emisión**: Mayo 31 de 2024

NOMBRES COMPLETOS	Karen Margarita Padilla Cevilla			**TIPO Y N° DE DOCUMENTO**	1003099777
FECHA NACIMIENTO	27-04-1998	**TEL**	3155091215	**EPS**	Mutual Ser
EDAD	26	**DIRECCION**	Bella Conita		

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PRUEBA DE VIH

Por medio del presente documento, en mi calidad de paciente/familiar/representante o apoderado, en uso de mis facultades mentales otorgo en forma libre el consentimiento al laboratorio clínico para que se me realice la prueba de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

GENERALIDADES

Estas pruebas identifican anticuerpos contra el VIH en la sangre, los cuales son producidos por el sistema inmunitario cuando una persona ha estado expuesta al virus del VIH en un lapso de tiempo de 3 a 12 semanas después de la infección, esto se debe a que el sistema inmunitario puede tardar varias semanas o más en producir anticuerpos contra el VIH.
Un resultado positivo indica una alta probabilidad de la presencia de VIH en el organismo, sin embargo, pueden presentarse falsos positivos en pacientes con una variedad de condiciones médicas no relacionadas con el virus, por lo que un resultado positivo no concluye la infección por el virus y requiere la realización de una segunda prueba confirmatoria. De igual forma, un resultado negativo no implica la ausencia del virus en el organismo ni exime la posibilidad de contagio.

DECLARACIONES Y FIRMAS

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

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

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

ACEPTO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [X]

RECHAZO LA TOMA Y PROCESAMIENTO DE LA MUESTRA [ ]



FECHA: 23 | 10 | 24

Nombre del paciente/Representante Karen margarita padilla

Huella índice derecho

Firma del paciente/Representante: Karen **Documento**: 1003099777

Profesional responsable: Stefanya Hernandez Lucena **Documento**: 1192732876

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Bella Cohita	Hora de Inicio: 3:00 Pm
Fecha 23 octubre 2024	Hora de Finalización: 5:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una Jornada de toma de Pruebas rápidas para la detección del VIH, charlas sobre salud sexual y reproductiva

Desarrollo de la Reunión

Se inicia la actividad con los 30 participantes, se habla sobre los siguientes temas: menstruación, Planificación familiar, Cuidados en el embarazo, cuidados post parto, cuidados en el recien nacido, derechos sexuales y reproductivos, al finalizar la charla se hace entrega de preservativos y se realizan toma de Pruebas rápidas para la detección del VIH.

Se anexa certificación que avala el desarrollo de la actividad

.

Conclusiones

Los participantes estan atentos, se resuelven dudas e inquietudes

Recomendaciones

Hacer uso de metodos de planificación familiar y metodos de barrera para prevenir enfermedades de transmición sexual

Responsables de la Actividad

Stefanya Hernandez Ticona
Anibal Mendoza Montes

Octubre








EA7
NEW YORK

GOBERNACIÓN DE
CÓRDOBA

E.S.E. CAMU Moñitos

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Yanis Theran Benitez, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1063719557, en Representación del Vereda Bella Cohita, certifico que la ESE CAMU MOÑITOS realizó Jornada de derechos sexuales y toma de pruebas rapidas VIH, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Bella Cohita a los 23 días del mes de Octubre del 2024

FIRMA: Yanis Theran Benitez
CEDULA DE CIUDADANÍA: 1063719557
CELULAR: 314 783 5289

E.S.E. CAMU Moñitos	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 24 del mes Noviembre del año 2024 se reunieron Stefanya Hernandez Licona representante de la ESE CAMU MOÑITOS y Almiris Diaz Vargas representante de Vereda Coca Abajo de la zona Rural del municipio de Moñitos- Córdoba con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-019-2024.celebrado entre la ESE CAMU MOÑITOS y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad propuesta	Eje	Fecha propuesta	Necesidad de apoyo logístico	Necesidad de talento humano	Observaciones
Jornada de derechos sexuales y reproductivos y toma de Pruebas rapidas para la detección del VIH	Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero	25 noviembre 2024 10:00 Am	Pruebas rapidas VIH preservativos Rotafolio	Enfermera medico	

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

Nombre:	Almiris Diaz Vargas	Nombre:	Stefanya Hernandez Licona
Cedula de ciudadanía:	50970868	Cedula de ciudadanía:	1192732876
Entidad:	Vereda Coca Abajo	Entidad:	ESE CAMU MOÑITOS
Numero de contacto	3022228570	Numero de contacto	3136156597
Firma:	Almiris Diaz V	Firma:	Stefanya Hernandez

E.S.E. CAMU Moñitos

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°
N° SS-019-2024

GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

DIMENSIÓN: Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero- prevención y atención integral de la SSR

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de derechos sexuales y reproductivos y toma de pruebas rápidas para la detección del VIH

DIA:	25	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Cua Abajo	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	Nimia miranda	CC	26146929	3245314527	55	F									X	X				X			X		Nimia miranda
2	Brigith Vargas	CC	1063717897	3023076769	21	F									X	X				X			X		Brigith Vargas
3	Yamile Nuñez	CC	1027958622	3145484004	36	F									X	X				X			X		Yamile N
4	Luz enith mejia	CC	26147459	3105914070	55	F									X	X				X			X		Luz EnithM.
5	Cleyviz nuñez	CC	11173160	3108937870	40	M									X	X				X			X		Cleyviz nuñez
6	Anyi luz saavedra	CC	1003100594	3005569127	23	F									X	X				X			X		Anyi saavedra
7	Alexander de la hoz	CC	10933071	3233900471	45	M									X	X				X			X		Alexander
8	Juana bautista	CC	26147040	3	55	F									X	X				X			X		Juana Bautista
9	Nancy Feria	CC	1063750572	3002264646	49	F									X	X				X			X		Nancy Feria
10	Luz erika Feria	CC	1133869150	3137649084	19	F									X	X				X			X		Luz Erika Feria

E.S.E. CAMU Morillos	FORMATO DE ASISTENCIA CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N° **N° SS-019-2024**	GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

REVERSO DE LA HOJA: COLOCAR LA HUELLA DE ACUERDO AL NÚMERO DEL **CONSECUTIVO** DEL ASISTENTE QUE NO FIRME:

1	2	3	4	5

6	7	8	9	10

E.S.E. CAMU Montitos

FORMATO DE ASISTENCIA

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO N°
N° SS-019-2024

GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

DIMENSIÓN: Promoción de derechos sexuales y reproductivos y equidad de genero - Prevención y atención integral de la SSR

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Jornada de derechos sexuales y reproductivos y toma de pruebas rapidas para la detección del VIH

DIA:	25	MES:	Noviembre	AÑO:	2024	UBICACIÓN:	Caa Abajo	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	Pedro bravos b	Ce	10938147		62	M									X	X				X			X		Pedro Bravo
2	Jose Saucdra	Cc	11171908	3175214933	53	M									X	X				X			X		Jose Saucedra
3	Yovelis mejias	Cc	100510052	3217446130	23	F									X	X				X			X		Yovelis Mejia
4	Osvaldo Castellar Y	Cc	10941902	3022517901	56	M									X	X				X			X		Osvaldo Castell
5	Manuel Rios	Cc	10938273	3188719699	63	M									X	X				X			X		manuelRios
6	Adalberto Geña A	Cc	11770577	3135124543	59	M									X	X				X			X		
7	Jaider Romero J	Cc	10943781	3115987199	47	M									X	X				X			X		JAider
8	José antonio Perez	Ce	11173039	3145164041	41	M									X	X				X			X		Josi Perez
9	Yesenia Arroyos D	Cc	1003101117	3126195426	34	F									X	X				X			X		Yesenia Arroyo
10	Maria Camila Perez	TI	1063722553	3237949697	19	F									X	X				X			X		Maria Perez