ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERIL-CESAR
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
HOSPITAL SAN JOSE

REGISTRO DE POBLACIÓN INTERVENIDA

ACTIVIDAD	AREA		LUGAR	ENTORNO				TOTAL de personas intervenidas	SEXO		CICLO DE VIDA						CONDICIÒN						TIPO DE POBLACIÒN						aseguramiento		
	URBANA	RURAL		LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	COMUNITARIO		Masculino	Femenino	PRIMERA INFANCIA 0-5 años	INFANCIA 6-11 años	ADOLESCENCIA 12-18 años	JUVENTUD 19-26 años	ADULTEZ 27-59 años	ADULTO MAYOR > 60 años	DESPLAZADO	DESMOVILIZADO	MUJER CABEZA DE HOGAR	DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLI	OTROS	Indígena	AFRO	RAIZAL	ROM	MIGRANTE	LGBTIQ+	PPNA	Reg. Sub	Reg. Cont.
Desarrollar una (1) jornada conmemorativa para la celebración del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA (1 de diciembre) incluyendo componente educativo sobre cómo prevenir la infección, uso adecuado de preservativos y la importancia de una sexualidad responsable; implementando la realización de 30 pruebas rápida de VIH. En zona urbana del municipio.	X		BARRIO 6 DE ENERO				x	30	5	25	0	0	5	8	19	0	16	2	5	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	30	0

META DEL PRODUCTO

Incrementar acciones que garanticen el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción.

ACTIVIDAD

Desarrollar una (1) jornada conmemorativa para la celebración del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA (1 de diciembre) incluyendo componente educativo sobre cómo prevenir la infección, uso adecuado de preservativos y la importancia de una sexualidad responsable; implementando la realización de 30 pruebas rápida de VIH. En zona urbana del municipio.

	PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC 2024 **ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL** **HOSPITAL SAN JOSE**	

EJE ESTRATEGICO	DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD							
META DEL PRODUCTO ANUAL	Implementar en un 100% las estrategias para afectar de manera positiva los determinantes sociales de la salud en sus territorios.							
ESTRATEGIA PTS:	Incrementar acciones que garanticen el ejercicio de los derechos relacionados con la sexualidad y la reproducción.							
LUGAR:	Barrio 6 de Enero		**FECHA**	01/Diciembre/ 2024	**HORA INICIO**	08: 00 a.m.		
					HORA FINAL	12:00 a.m		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**	X	**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**	
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**			
ACTIVIDAD	Desarrollar una (1) jornada conmemorativa para la celebración del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA (1 de diciembre) incluyendo componente educativo sobre cómo prevenir la infección, uso adecuado de preservativos y la importancia de una sexualidad responsable; implementando la realización de 30 pruebas rápida de VIH. En zona urbana del municipio.							
ENTORNO	PREVENTIVO							
OBJETIVOS:	Brindar educación y concienciación sobre la prevención del VIH/SIDA, promoviendo el uso adecuado de preservativos y fomentando una sexualidad responsable, mediante la realización de 30 pruebas rápidas de VIH en la zona urbana de Becerril, para detectar posibles casos y orientar a la población sobre la importancia de la prevención y cuidado de la salud sexual.							
POBLACIÓN OBJETIVO:	Población mayor de 18 años.							
LOGROS:	El objetivo principal de la actividad se cumplió con éxito, alcanzando un alto nivel de participación en la jornada educativa y obteniendo 30 resultados de pruebas rápidas de VIH. Además, se logró sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la prevención del VIH, el uso de preservativos y la responsabilidad sexual. Se promovió la inclusión, la educación y la salud pública de manera efectiva en la comunidad de Becerril.							
DIFICULTADES:	• **Baja participación inicial:** La comunidad mostró desconfianza en participar en las pruebas rápidas, lo que dificultó la recolección de muestras al inicio de la jornada. • **Desinformación:** Algunas personas desconocían el funcionamiento de							

	las pruebas rápidas de VIH y la importancia de realizarlas, lo cual requería mayor esfuerzo de sensibilización. • **Condiciones climáticas:** Durante la jornada, el clima fue caluroso, lo que hizo que algunas personas se sintieran incómodas y abandonaran el evento antes de completarlo.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

PLANEACIÓN DE LA JORNADA

El 1 de diciembre, conmemorando el Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, se llevó a cabo una jornada educativa y de prevención en un espacio público de la zona urbana del municipio de Becerril. La planificación de esta actividad estuvo orientada a sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de prevenir el VIH y fomentar una sexualidad responsable. Para ello, se diseñaron estrategias educativas que incluyeron charlas informativas sobre la transmisión del VIH, el uso correcto de preservativos y la relevancia de adoptar prácticas sexuales responsables. Estas charlas estuvieron a cargo de profesionales de la salud capacitados, quienes promovieron un espacio de aprendizaje participativo y resolvieron las inquietudes de los asistentes.

Asimismo, se coordinó la realización de 30 pruebas rápidas de VIH, las cuales fueron llevadas a cabo por un equipo de salud especializado. Durante este proceso, se garantizó la confidencialidad de los resultados y se ofreció asesoramiento personalizado a cada participante. Paralelamente, se distribuyeron materiales educativos, como folletos informativos, para reforzar el mensaje de prevención y facilitar la divulgación de información clave dentro de la comunidad.

En términos logísticos, el espacio fue organizado con mesas y equipos adecuados para la realización de las pruebas rápidas, además de habilitar un área específica para las charlas educativas. Esta planificación permitió desarrollar la jornada de manera ordenada y eficiente, asegurando la comodidad y participación activa de las 30 personas asistentes.

INTRODUCCIÓN DE LA ACTIVIDAD

El Día Mundial de la Lucha contra el SIDA, establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y celebrado cada 1 de diciembre, representa una oportunidad para reflexionar sobre los avances logrados en la lucha contra el VIH, reconocer los desafíos que aún persisten y reforzar el compromiso colectivo con la prevención y el apoyo a quienes viven con esta condición. En este marco, el municipio de Becerril llevó a cabo una jornada conmemorativa que combinó actividades educativas, de sensibilización y de acceso a servicios de salud, con el propósito de abordar integralmente esta problemática.

La jornada tuvo como eje central sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la prevención del VIH,

fomentando la adopción de prácticas sexuales responsables y el uso adecuado de métodos de protección, como el preservativo, que sigue siendo una herramienta fundamental para evitar la transmisión del virus. Se buscó, además, derribar mitos y combatir el estigma asociado al VIH/SIDA, promoviendo un enfoque inclusivo y de respeto hacia las personas que viven con esta condición.

Uno de los puntos clave de la actividad fue la realización de pruebas rápidas de VIH, un servicio gratuito que permitió a los asistentes conocer su estado serológico de manera confidencial y oportuna. Estas pruebas no solo constituyen un medio eficaz para el diagnóstico temprano del VIH, sino que también representan un paso fundamental hacia el acceso a tratamiento antirretroviral, que puede garantizar una calidad de vida adecuada y prevenir la transmisión del virus a otras personas.

Paralelamente, se ofrecieron charlas educativas, en las que se abordaron los métodos de transmisión del VIH, la importancia del diagnóstico temprano, el acceso a tratamiento y la necesidad de generar entornos libres de discriminación. Estas actividades promovieron un espacio de diálogo abierto y participativo, donde los asistentes tuvieron la oportunidad de resolver dudas y compartir experiencias.

Para reforzar el mensaje de prevención, se distribuyeron materiales informativos diseñados para ser compartidos con otras personas, fomentando así la divulgación de la información y multiplicando el impacto de la actividad en la comunidad. Los folletos contenían información clara y accesible sobre el VIH, las medidas de prevención, la importancia del uso del preservativo y el acceso a servicios de salud.

Además de los servicios y actividades educativas, la jornada incluyó momentos de interacción dinámica, como juegos y actividades lúdicas, que ayudaron a crear un ambiente de aprendizaje amigable e inclusivo. Este enfoque permitió llegar a personas de todas las edades, asegurando que los mensajes fueran comprensibles y significativos para la población en general.

El cierre de la jornada se llevó a cabo con una sesión de retroalimentación, donde se compartieron los resultados obtenidos durante el evento y se brindó orientación personalizada a quienes participaron en las pruebas. Como acto simbólico, se invitó a todos los asistentes a comprometerse con la difusión de los mensajes de prevención y la lucha activa contra el VIH/SIDA. Finalmente, se agradeció a la comunidad por su participación y se destacó la importancia de mantener el trabajo conjunto entre las instituciones y los ciudadanos para enfrentar esta pandemia de manera efectiva.

Esta jornada en Becerril no solo buscó promover la prevención del VIH, sino también generar un cambio cultural que permita avanzar hacia una sociedad más informada, inclusiva y solidaria. A través de estos esfuerzos, se reafirma el compromiso local con los objetivos globales de erradicar el VIH/SIDA como una amenaza para la salud pública.

DESCRIPCIÓN DE LA JORNADA

Cronograma de la Jornada de Prevención del VIH/SIDA

Fecha: 1 de diciembre
Hora de inicio: 8:00 a.m.
Asistentes: 30 personas
lugar: 6 de enero

8:00 a.m. – 8:15 a.m.:
Ceremonia de Bienvenida
Iniciamos la jornada con una cálida bienvenida, donde resaltamos la importancia de conmemorar el Día Mundial de la Lucha contra el VIH/SIDA. Aprovechamos este espacio para agradecer la participación de las personas asistentes y explicar brevemente las actividades programadas.

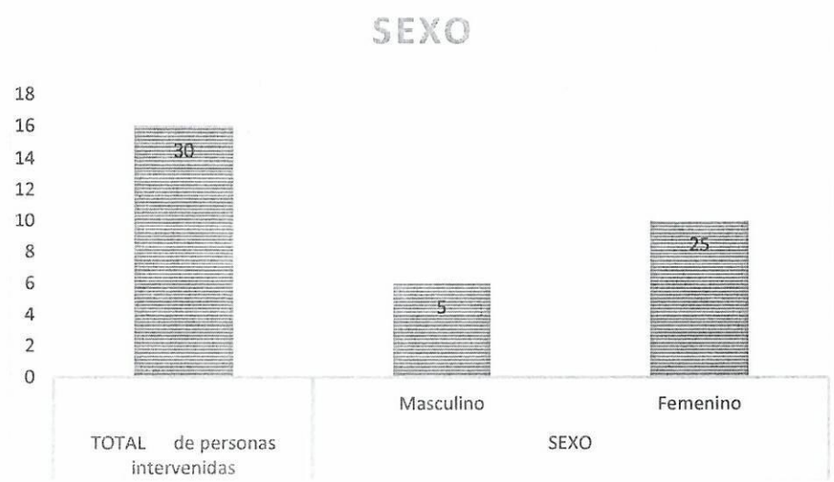
8:15 a.m. – 9:00 a.m.:
Charla Introductoria sobre VIH/SIDA
A continuación, ofrecimos una charla educativa en la que abordamos temas clave como los métodos de transmisión del VIH, la importancia de la prevención y el uso adecuado del preservativo. Fue un momento interactivo, donde resolvimos dudas y promovimos un diálogo abierto.

9:00 a.m. – 12:00 p.m.:
Pruebas Rápidas de VIH y Actividades Educativas
Durante esta etapa, aplicamos pruebas rápidas de VIH a los participantes. Mientras esperábamos los resultados, organizamos actividades educativas que incluyeron juegos de preguntas y respuestas sobre el VIH y la sexualidad responsable. También entregamos folletos informativos, diseñados para que los asistentes pudieran compartir la información con otras personas.

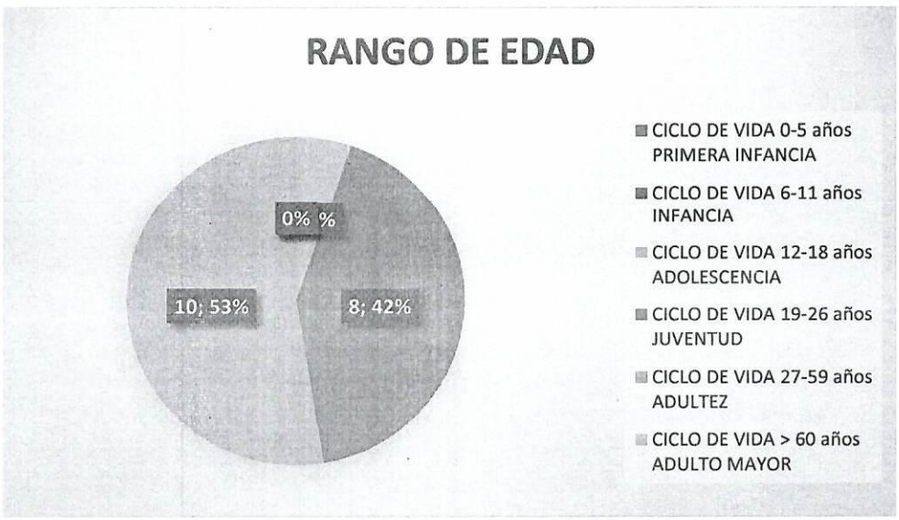
12:00 p.m. Cierre de la Jornada
Para finalizar, realizamos una sesión de retroalimentación sobre los resultados obtenidos y brindamos orientación personalizada a quienes se realizaron las pruebas. Reconocimos el compromiso de los participantes entregándoles certificados de asistencia. Como cierre simbólico, invitamos a todas las personas a comprometerse con la promoción de la prevención del VIH y la difusión de mensajes sobre la sexualidad responsable. Agradecimos a la comunidad por su activa participación y destacamos la importancia de continuar trabajando juntos en la lucha contra el VIH/SIDA.

Fue una jornada significativa que reflejó el compromiso y el interés de todas las personas involucradas.

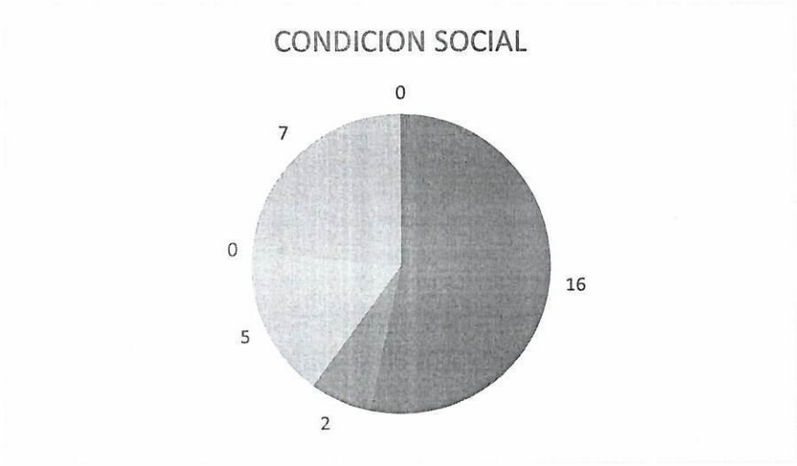
CARACTERIZACION: Se abordaron en total 30 personas.



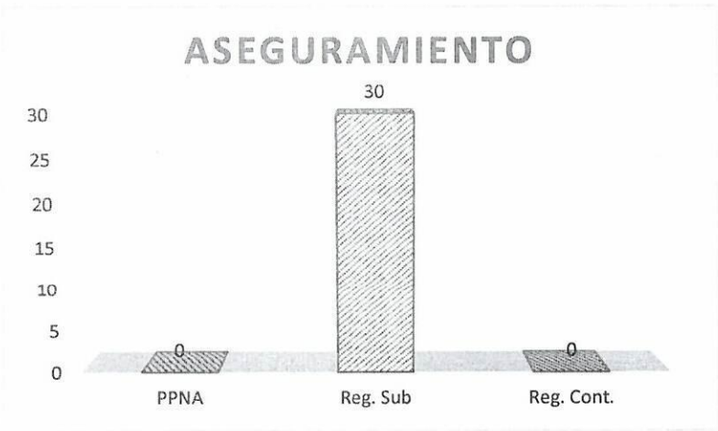
INTERPRETACION: Se abordaron en total 30 personas, la mayor parte 25 personas pertenecen al sexo FEMENINO y 5 persona pertenece al sexo MASCULINO.



INTERPRETACION: Se abordaron en total 30 personas, la mayor parte 19 personas pertenecen al rango de edad ADULTEZ (entre 27-59 años), 8 personas pertenece al rango de edad JUVENTUD (19-26 años) y 3 persona pertenece al rango de edad ADOLESCENCIA (entre 12-18 años).

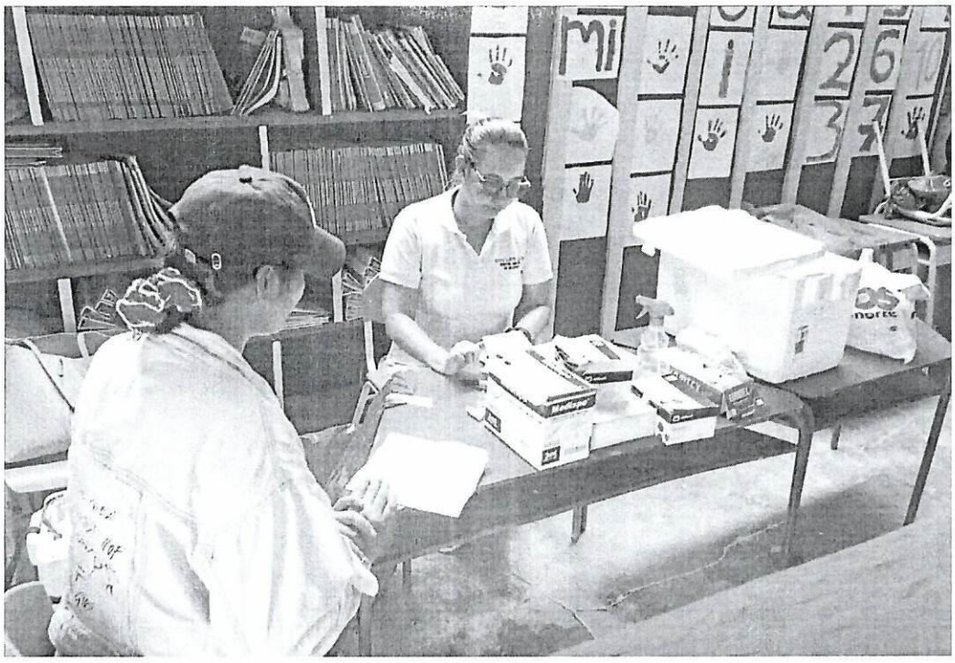


INTERPRETACION: Se abordaron en total 30 personas, la mayor parte 16 personas pertenecen a DESPLAZADOS, 7 personas pertenecen a OTRAS CONDICIONES, 5 personas pertenecen a mujer cabeza de hogar, 2 a personas desmovilizadas.



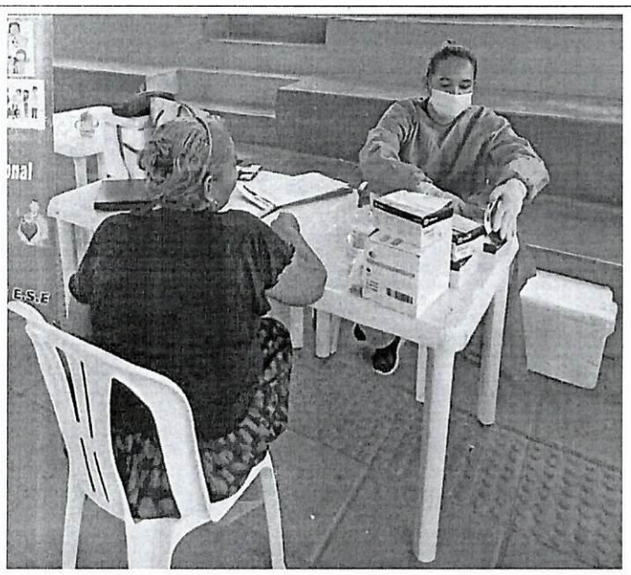
INTERPRETACION: Se abordaron un total de 30 personas la cual todas las personas pertenecen al REGIMEN SUBSIDIADO.

Anexos fotográficos "Jornada Conmemorativa del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA: Educación, Prevención y Acción en Salud" Hora: 08:00 am Lugar: 6 de enero.

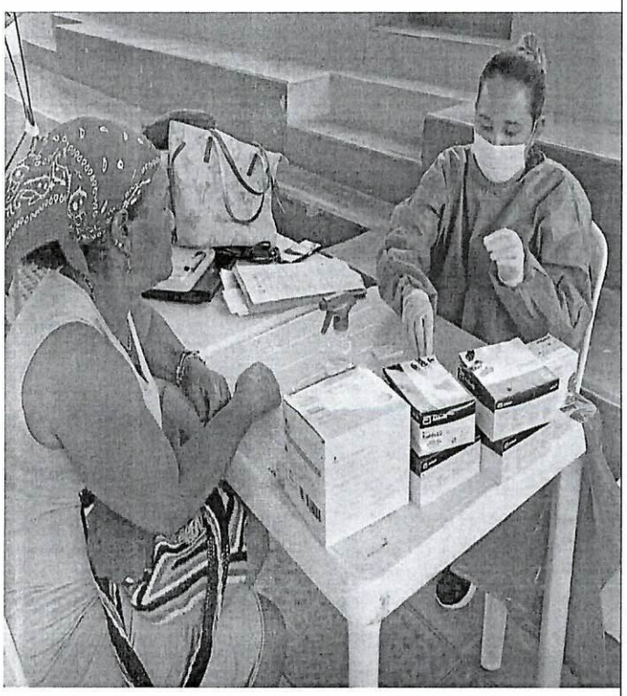












E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Luz Stella Roja Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Luz Stella Roja
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 49.794.546 de Becerril

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Caterine Sandoval Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Caterine Sandoval
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 9795692 de Becerril

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Andrea Vega Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Andrea Vega
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062811405 de Berrio

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Luis Romero Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Luis Romero F.
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1193043681 de Becerril

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Hamilton Gutierrez Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Hamilton Gutierrez
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1888[illegible]6080 de Becerril

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Clara Inés Vasquez Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Clara Vasquez
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062401094 de San Diego

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Anneth Trejos Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Anneth Trejos
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062816425 de Bijui

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 2024

Yo Adriana Rodriguez Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Adriana Rodriguez
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062816468 de Becerril

Esther Echargue
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Edinson Gomez Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

EDINSON GOMEZ
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1095505 de BECERRIL

Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 21

Yo Yareth Lozada Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Yareth Lozada
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 39095559 de Becerril

Esther Enriquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Angily Suarez Sanguino Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Angily Suarez Sanguino
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062816500 de Becerril

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Nayarith Sierra Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Nayarith Sierra
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1008313781 de Becerril

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Betty Diaz Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Betty Diaz
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062804961 de B-ill

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 29

Yo Karely Torres C. Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Karely Torres C.
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062809389 de Becerril

Esther Bohorquez.
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Kenny castro Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Kenny Castro
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1065584608 de Becerril

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Erika Montañez Orozco Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Erika Montañez
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1006552820 de Becerril

Esthar Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Miguel Anaya Oquendo Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Miguel Anaya Oquendo
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1001867081 de Becerril

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Wilson Ivan Castilla Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Wilson Castilla
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062806383 de Becerril

Esther Rodriguez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Jadys Lima Briceño Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Jadys Lima
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 39.020.030 de Becerril

Esther Bohorquez.
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Karellys Gómez fonseca Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Karellys Gómez f
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062811769 de Becerril

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 21

Yo Jose Jorge Diaz Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Jose Jorge Diaz
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062804335 de Becerril

Esther Echarquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Luz Stella Negrete Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Luz Stella Negrete
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 99610997 de 8/12/24

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Yelis Orozco Mieles Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Yelis Orozco M.
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062 505 911 de Becerril

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo María Nieto Díaz Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

MARIA J NIETO
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 49610334 de Bolívar

Esther Bohorquez.
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Yolanis Escobar Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Yolanis Escobar
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062807361 de Sincelejo

Esther Beharquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Elaines Parra Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Elaines Parra
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062871151 de Becerril

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 21

Yo Elena Rodriguez Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Elena Rodriguez
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1072696127 de Becerril

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo María Camila machado orozco Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Camila Machado

Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062816330 de Becerril - Cesar

Esther Barranquer

Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 24

Yo Alicia Torres P. Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Alicia Torres P.
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1062807 878 de Bln

Esther Blanquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

E.S.E

SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL
COORDINACIÓN DEPARTAMENTAL DE ETS/VIH/SIDA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNÓSTICOS DE VIH

FECHA: DÍA: 1 /MES: 12 /AÑO: 29

Yo Angi Johanny cruz Orozco Certifico que he leído (o que se me ha leído, el documento sobre consentimiento informado que contienen información sobre el proposito y beneficio de la prueba sus limitaciones y sus riesgos, y que entiendo su contenido. Incluyendo las limitaciones, beneficios, beneficios y riesgos de la prueba).

Que he recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas ante de realizarme las pruebas diagnosticas).

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

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

Fuí informado de la medida que se tomarán para proteger la confidencialidad de mi resultado.

Angi
Firma
Cedula de Ciudadanía No. 1065583600 de Barrancabermeja

Esther Bohorquez
Firma Cedula de o Registro Profesional
Profesional que Realizo la Consejería
Nombre:

Firma Cédula de o Registro Profesional
Médico o quien se autorizo con el
consentimiento informado
Nombre:

MUNICIPIO: BECERRIL | **LUGAR:** Barno 6 de enero | **Fecha:** D: 1 M: 12 A: 24 | **Hora:**

ACTIVIDAD: Desarrollar una (1) Jornada conmemorativa para la celebración del Dia mundial de la lucha contra el SIDA (1 de diciembre) incluyendo componente educativa sobre como prevenir la infección, uso adecuado de Preservativos y la importancia de una sexualidad responsable; implementando la realizacion de 30 pruebas rapidas de VIH. En zona urbana del municipio

Número	Nombre y Apellidos	IDENTTIFICACIÒN	TIPO DE IDENTIFICACION	No. Celular	SEXO		EDAD	OCUPACIÒN	ENTORNO				ENTIDAD/BARRIO	CONDICIÒN						TIPO DE POBLACIÒN						Aseguramiento			Firma
					Femenino	Masculino			LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	COMUNITARIO		DESPLAZADO	DESMOVILIZADO	MUJER CABEZA FAMILIAR	DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	OTROS	Indigena	AFRO	RAIZAL	ROM	MIGRANTE	LGBTIQ+		Reg. Sub	Reg. Cont.	
1	Elena Rodriguez	1092695129	cc	3209450969	x		32	Enfermera						✓														✓	
2	Yeyarith Sierra	1003313751	cc	3002512091	✓		37	Ama de casa						✓						✓							✓		
3	Karellys Gomez	1062811716	cc	3163574651	✓		30	cont. Renta					C															✓	
4	Kenny castro	1065 566608	cc	3003733478	✓		41	f. D					E															✓	
5	Karely Torres	1062809359	cc	3023978135	✓		37	farmaceut					E															✓	
6	Betty Diaz	1062 [illegible]	cc	3135037351	✓		36	Ama de casa						✓													✓		
7	Erika Martinez	1065552820	cc	3106391351	✓		29	Enfermera						✓														✓	
8	Angily Suarez S.	1062816500	cc	3205318201	✓		32	Ama Casa						✓													✓		
9	Miguel Anaya O	1001867081	cc	3113503831	✓		18	Estudiante																			✓		
10	Wilson Castillo	1062806253	cc	3135139131		✓	36	minero																				✓	

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores

Becerril Cesar

MUNICIPIO: BECERRIL | **LUGAR:** 6 de enero | **Fecha:** D: 1 M: 12 A: 24 **Hora:** _____

ACTIVIDAD: Desarrollar una (1) Jornada conmemorativa para la Celebración del Dia Mundial de la lucha contra el SIDA (1 de diciembre) incluyendo componente educativo sobre cómo prevenir la infección, uso adecuado de preservativos y la importancia de una sexualidad responsable; implementando la realización de 30 pruebas rapida de VIH. En zona urbana del municipio.

Número	Nombre y Apellidos	IDENTTIFICACIÒN	TIPO DE IDENTIFICACION	No. Celular	SEXO		EDAD	OCUPACIÒN	ENTORNO				ENTIDAD/BARRIO	CONDICIÒN						TIPO DE POBLACIÒN							Aseguramiento			Firma
					Femenino	Masculino			LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	COMUNITARIO		DESPLAZADO	DESMOVILIZADO	MUJER CABEZA HOGAR	DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	OTROS	Indígena	AFRO	RAIZAL	ROM	MIGRANTE	LGBTIQ+	PCD*	Reg. Sub	Reg. Cont.	
1	Maria Camila Machado	1062816330	cc	3106910030	x		25	Supervisión fundación A.mayor					Otro															x	Camila Machado
2	Alica Torres L.	1062807878	cc	3216822600	x		30	Ama de casa.						✓				✓									x		
3	Angel Cruz Orozco	1065583600	cc	3176496295		✓	19	estudiante																				x	Angel Cruz
4	Elaines Parra	1062891151	cc	3183867111	x		30	Ama de casa						✓	✓			✓									x		Elaines Parra
5	Yareth Lozada	39095559	cc	3145043969	^		52	Ama de casa																			x		Yareth Lozada
6	Yoliannis Escobar	1062809361	cc	3016637446	x		36	Secretaria													✓							x	Yoliannis Es.
7	Jose Jorge Diaz	1062804335	cc	3145960653		x	32	factura de						✓				✓										✓	Jose Jorge
8	Luz Stella Negrete	49610497	cc	3874735246			57	Ama de casa						✓															
9	Maria Nieto D	49610834	cc	3183274853	x		56	Ama de casa						✓														✓	MARIA N.
10	Yelis Orozco M.	1062505911	cc	3135287083	x		37	Enfermera																				✓	Yelis O.

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores

Becerril Cesar

ALCALDIA MUNICIPAL DE BECERRIL
NIT. 800.096.576-4

HOSPITAL SAN JOSÉ E.S.E
NIT: 824.000.425-6

MUNICIPIO: BECERRIL | **LUGAR:** 6 de enero | **Fecha:** D: 1 M: 12 A: 24 | **Hora:**

ACTIVIDAD: Desarrollar (1) Jornada conmemorativa Para la celebración del dia mundial de la lucha contra el SIDA (1 de diciembre) incluyendo componente educativo sobre como Prevenir la infección, uso adecuado de Preservativos y la importancia de una Sexualidad responsable; implementando la realización de 30 pruebas rapidas de VIH. En zona urbana del municipio

Número	Nombre y Apellidos	IDENTTIFICACIÒN	TIPO DE IDENTIFICACION	No. Celular	SEXO		EDAD	OCUPACIÒN	ENTORNO				ENTIDAD/BARRIO	CONDICIÒN						TIPO DE POBLACIÒN						Aseguramiento			Firma
					Femenino	Masculino			LABORAL	EDUCATIVO	INSTITUCIONAL	COMUNITARIO		DESPLAZADO	DESMOVILIZADO	MUJER CABEZA FAMILIAR	DISCAPACIDAD	VICTIMA DEL CONFLICTO	OTROS	Indígena	AFRO	RAIZAL	ROM	MIGRANTE	LGBTIQ+		Reg. Sub	Reg. Cont.	
1	Luz Stella Rojas	49744546	cc	3215047667	✓		58	Ama de casa						✓				✓									✓		Luz Stella.
2	Ledys Cima B.	39.020030	cc	3106491668	✓		43	Ama de casa																			✓		Ledys Cima
3	Caterine Sandoval	97495692	cc	3136549626	✓		30	estudiante						✓													✓		Caterine
4	Luis Romero fr	11 93093661	cc	3134115673		✓	28	Trabajador social																				✓	Luis R
5	Hamilton Gutierrez	1065560880	cc	- - -			54	Agricultor					[illegible]	✓				✓									✓		HG
6	Clara Ines [illegible]	1062401041	cc	- - -	✓		38	Ama casa					[illegible]	✓															Clara.
7	Andrea Vega	1062[illegible]05	cc	3106391[illegible]	✓		34	Psicologa					[illegible]															✓	Andrea.
8	Anneth Trejos	1062616429	cc	3187723620	✓		27	estudiante						✓													✓		Anneth
9	Adriana Rodriguez	1062816966	cc	- - -	✓		29	Estudiante					[illegible]																Adriana
10	Edinson Gomez	18955105	cc	3126391686		✓	47	Jornalero						✓				✓									✓		Edinson G.

*(PCD): Personas con Discapacidad
*LGBTIQ+: Iniciales de Lesbiana, Gay, Bisexual, Trans, Travesti, Intersexual, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores

Becerril Cesar