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

TEMA O ACTIVIDAD:

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

LUGAR:

Caseta comunal el Gaitán, Corregimiento San Miguel del tigre, vereda x-10, Coliseo Benito Arias y Cancha la R.

POBLACION:

Comunidad en general de Yondó Antioquia.

RESPONSABLE:

Mileidy Rodríguez Pinzón – Psicóloga

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

CONVOCATORIA

Se ha desarrollado la actividad en espacios de la zona urbana y rural del municipio de Yondó, captando la población.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

La actividad se desarrolla ofreciendo un espacio adecuado para la atención a la población que desea participar. Para la intervención con la comunidad se diligenciaron los formatos correspondientes como consentimiento información, formato de atención y lista de asistencia. Se brindo un acompañamiento pertinente a la comunidad de acuerdo a las necesidades personales.

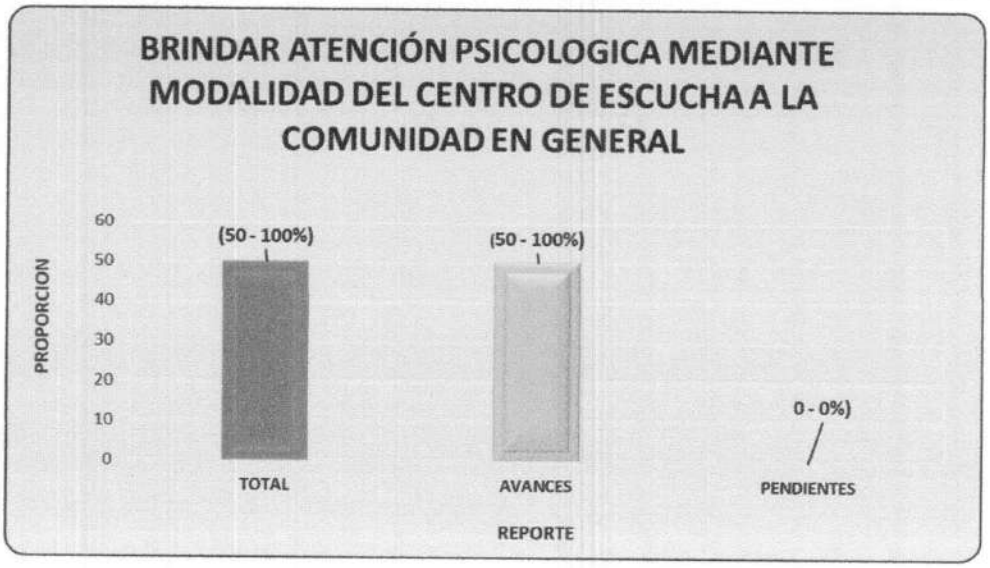
E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ Se realizo atención en el área urbana y rural.
- ✓ Se intervino adecuadamente las problemáticas personales, brindándoles estrategias que aporten a su conocimiento y herramientas para sobrellevarlas.
- ✓ Los participantes están satisfechos con la atención brindada.
- ✓ Se logro alcanzar el total de la población requerida en la zona urbana.

INDICADOR

Total, Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general.	Número, Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general, realizados.	Número, Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general, pendientes
50	50	0
100%	100%	0%



ANÁLISIS

De la cantidad total de la actividad de Brindar atención psicológica mediante modalidad del centro de escucha a la comunidad en general se debían realizar "50" (correspondiente al 100%), el cual, se ejecutaron, lo que indica que se cumplió en su totalidad esta actividad.

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

INFORME CUANTITATIVO

LUGAR	CANTIDAD
Caseta comunal el Gaitán, Corregimiento San Miguel del tigre, vereda x-10, vereda la laguna, Coliseo Benito Arias, Cancha la R.	50 personas
TOTAL	**50 personas**

CONDICION	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	3 personas
Victima	17 personas
Negritudes/Afrodescendientes	1 personas
Mujeres en gestación	2 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	27 personas
Total	**50 personas**

GENERO	CANTIDAD
Hombre	9 personas
Mujer	41 personas
TOTAL	**50 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	17 personas
27-50 AÑOS	17 personas
Mayor de 50 AÑOS	16 personas
Total	**50 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	30 personas
Rural	20 personas
TOTAL	**50 personas**

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

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS













Mileidy Pinzón
MILEIDY RODRIGUEZ PINZON
Psicóloga

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 27/11/2024.

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre.

Yo, Ines Mercedes Farelo de Jimenez identificado con documento Cedula número 26904534. de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pimón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Ines Farelo

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			26904534.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Ines Mercedes de Jimenez								
	05.	10	1959.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
					X				X				
Dirección				Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Santa rosa.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
						X							
Correo electrónico					Celular								
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	27	Mes	11	Año	2024.											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Se brindaron estrategias para enfrentar situaciones de vida.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
					X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Ines Mercedes de Jimenez.		
Documento	CC 26904534.	Parentesco	
Correo		Celular	

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 27/11/2024.

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre.

Yo, Mari Luz Alvarez Lopez. identificado con documento Cedula. número 43656901 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Amañ.

FIRMA PARTICIPANTE:

marilUz Alvarez

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			43656901.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Mariluz Alvarez lopez.								
	07	02	1984.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Via cementerio.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	Tigre.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3122810131.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	27	Mes	11	Año	2024.									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brindaron pautas para tener una buena Salud mental.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Mariluz Alvarez lopez.		
Documento	CC 43656901	Parentesco	
Correo		Celular	3122810131.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 27/ 11/2024.

LUGAR: Corregimiento San Miguel del tigre.

Yo, Erika Jimenez. identificado con documento cedula número 1057782562 de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimón

FIRMA PARTICIPANTE:

Erika Jimenez.

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES														
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento								
			X			1057782562.								
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Erika Jimenez.									
	20	01	2004.											
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M					
		X							X					
Dirección	Asentamiento Piñas.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda							
						X	Tigre.							
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad								
			X											
Correo electrónico					Celular	3106178178								
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena									
		X												
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna											
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro								
					X									
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado										
		X												

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	27	Mes	11	Año	2024											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Se brindaron pautas sobre crianza respetuosa.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
					X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Erika Jimenez		
Documento		Parentesco	
Correo		Celular	3106178178

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 27/11/2024.

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre.

Yo, Yesenia Castillo Trana identificado con documento cedula número 37581052 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Miledy Pinton

FIRMA PARTICIPANTE:

Yesenia Castillo

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES														
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento								
			X			37581052.								
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Yesenia Castillo.									
	15	05.	1985.											
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M					
	X								X					
Dirección	Asentamiento las Piñas			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda							
						X	Tigre.							
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad								
		X												
Correo electrónico					Celular	3138480097.								
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X												
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro								
		X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado										
			X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento san Miguel del Tigre.

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	27	Mes	11	Año	2024											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Psicoeducación habitos de Salud mental.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
					X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yesenia Castillo.		
Documento	37581052.	Parentesco	
Correo		Celular	3138480097.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 27/11/2024.

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre.

Yo, Johana Beleño identificado con documento cedula número 1005184052 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimón

FIRMA PARTICIPANTE:

Johana beleño

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES																	
Tipo de documento	RC		TI		CC		CE		Otro		Numero de documento						
					X						1005184052.						
Fecha de nacimiento	Dia		Mes		Año		Nombre completo		Johana Beleño.								
	30		10		1999												
Estado civil	Soltero		Unión libre		Casado		Divorciado		Viudo		Otro		Sexo	H		M	
			X													X	
Dirección	El Totumo.						Zona		Urbana		Rural		Barrio o Vereda				
											X		Tigre.				
Escolaridad	Primaria		Bachiller		Técnico		Tecnólogo		Universitario				Sin escolaridad				
			X														
Correo electrónico									Celular		3107975328						
Grupo poblacional	Discapacidad		Desplazado		Negritud/ Afrodescendiente				Mujer gestante		Comunidad indígena						
			X														
	Comunidad LGBTIQ		Otra						No pertenece a ninguna								
EPS	Savia Salud		Nueva EPS		Sanitas		Medimás		Famisanar		Otro						
			X														
	Régimen		Contributivo		Subsidiado		No asegurado										
					X												

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San miguel del Tigre.

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	27	Mes	11	Año	2024											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Psicoeducación habitos de Salud mental.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
					X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Johana Beleño		
Documento	1005184052.	Parentesco	
Correo		Celular	3107975328

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 27/11/2024

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre.

Yo, Elvis Rodriguez identificado con documento Cedula número 37556911 de Bucaramanga. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimon

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES														
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento								
			X			13881059								
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Fermin lopez.									
	21	11	1950											
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M					
		X						X						
Dirección	la Cola			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda							
						X	Tigre.							
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad								
						X								
Correo electrónico					Celular	3103409146.								
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena									
		X												
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna											
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro								
	X													
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado										
			X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	27	Mes	11	Año	2024									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brindan estrategias de relajacion para conciliar el sueño.														
Atención brindada	Acompañamiento	Orientación	Información	Otro											
			X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Fermin lopez.		
Documento	13881059	Parentesco	
Correo		Celular	3103409146.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 27/11/2024.

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre.

Yo, Lenis Merceder Acosta. identificado con documento Cedula número 21949558 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimon

FIRMA PARTICIPANTE:

Lenis Acosta

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			21949558						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Lenis Mercedes Acosta							
	07	06	1963									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
	X								X			
Dirección			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X	Tigre.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
	X											
Correo electrónico					Celular	3123442267						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra		No pertenece a ninguna								
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Corregimiento San Miguel del Tigre.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	27	Mes	11	Año	2024.									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brindan Pautas de Manejo del tiempo libre.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Lenis Mercedes Acosta		
Documento	21949558	Parentesco	
Correo		Celular	3123442267.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 27/11/2024.

LUGAR: Corregimiento San Miguel del Tigre.

Yo, Xiomara Rangel identificado con documento Cedula número 1104731553. de PH Wilcher. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Xiomara Rangel R.

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES														
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento								
			X			1104131553.								
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Xiomara Rangel.									
	18	05	1992											
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M					
			X											
Dirección	Corregimiento el tigre.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda							
						X	Tigre.							
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad								
		X												
Correo electrónico					Celular	3204301545.								
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena									
		X												
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna											
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro								
		X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado										
			X											

CENTRO DE ESCUCHA

Lugar	Corregimiento San Miguel del tigre.

ATENCIÓN

Fecha	Dia	27	Mes	11	Año	2024											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Psicoeducación en Salud mental.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
					X												

DATOS DE CONTACTO

Nombre completo	Xiomara Rangel.		
Documento	1104131553	Parentesco	
Correo		Celular	3204301545.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/12/2024.

LUGAR: Vereda San Luis Beltran

Yo, Dayana Duque identificado con documento Cedula número 1005 175838 de Yondo Ant. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pimón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Dayana D.

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES															
Tipo de documento	RC		TI		CC	CE		Otro		Numero de documento					
					X					1005175838					
Fecha de nacimiento	Dia		Mes		Año	Nombre completo		Dayana Duque.							
	20		06		2001										
Estado civil	Soltero		Unión libre		Casado	Divorciado		Viudo		Otro	Sexo		H		M
	X														
Dirección	Vereda San luis Beltran.					Zona		Urbana		Rural	Barrio o Vereda				
										X	San luis.				
Escolaridad	Primaria		Bachiller		Técnico	Tecnólogo		Universitario			Sin escolaridad				
			X												
Correo electrónico								Celular		3246703776.					
Grupo poblacional	Discapacidad		Desplazado			Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante			Comunidad indígena				
	Comunidad LGBTIQ		Otra					No pertenece a ninguna							
								X							
EPS	Savia Salud		Nueva EPS		Sanitas	Medimás		Famisanar			Otro				
			X												
	Régimen		Contributivo		Subsidiado	No asegurado									
					X										

CENTRO DE ESCUCHA

Lugar	San luis Beltran.

ATENCIÓN

Fecha	Dia	12	Mes	12	Año	2024.

Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio	

Descripción	Acompañamiento en proceso de duelo.

Atención brindada	Acompañamiento	Orientación	Información	Otro
	X			

DATOS DE CONTACTO

Nombre completo	Dayana Duque		
Documento	1005175838	Parentesco	
Correo		Celular	3246703776.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/12/2024.

LUGAR: Vereda San Luis Beltran.

Yo, Keila lorena Guzman Moreira identificado con documento Cedula número 1001814825. de Yondo Ant. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Keila Guzman

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1001814825.						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Keila lorena Guzman							
	20	08	2003									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Vereda San luis Beltran.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	San luis.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
		X										
Correo electrónico					Celular	3157936310						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena						
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna							
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	San luis Beltran

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	12	Mes	12	Año	2024									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brindo información sobre los cambios que se presentan en el embarazo.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Keila lorena Guzman		
Documento	1001814825	Parentesco	
Correo		Celular	3157936310

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 12/12/2024

LUGAR: Vereda San Luis Beltran

Yo, Yuri Sandrith Duque Miranda identificado con documento Cedula número 1042215333 de Yondo manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimón

FIRMA PARTICIPANTE:

Yuri Duque

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1042215333.						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Yuri Sandrith Duque.							
	19	12	1999									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Vereda San luis Beltran.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
						X	San luis.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
		X										
Correo electrónico					Celular	3023783917						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena						
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna							
					X							
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
		X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
		X										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	San luis Beltran

ATENCIÓN														
Fecha	Dia	12	Mes	12	Año	2024.								
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio			
Descripción	Se brinda información sobre pautas de crianza.													
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro							
					X									

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yuri Sandrith Duque		
Documento	1042215333	Parentesco	
Correo		Celular	3023783917.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 14 / Diciembre / 2024.

LUGAR: Vereda X-10.

Yo, FlorDeMaria Rodriguez identificado con documento Cedula número 37930482 de Yondó. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy P.

FIRMA PARTICIPANTE:

Flormaria Rodriguez

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			37930482.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Flor de María Rodríguez.								
	04	05	1958										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X								X				
Dirección	Vereda X-10			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	X-10						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
	X												
Correo electrónico					Celular	N/A							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna								
					X								
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda X-10.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	14	Mes	12	Año	2024									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brinda información sobre redes de apoyo.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Flor Rodriguez.		
Documento	37930482	Parentesco	
Correo		Celular	N/A.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 14/12/2024.

LUGAR: Vereda X-10

Yo, Sol Angel Gutierrez. identificado con documento cedula número 37926978. de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy P.

FIRMA PARTICIPANTE:

Sol Gutierrez

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			37926978							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Sol Angel Gutierrez.								
	11	04	1956.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda X-10			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	X-10						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3249581083.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna								
					X								
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
			X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda X-10

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	14	Mes	12	Año	2024.									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brinda información sobre pautas para el manejo del tiempo libre.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Sol Angel Gutierrez.		
Documento	37926978	Parentesco	
Correo		Celular	3249581083

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 15/12/2024.

LUGAR: Vereda la laguna

Yo, Reinaldo Pinzon identificado con documento cedula número 13880025. de Bucaramanga manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy P.

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES														
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento								
			X			15451976.								
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Hugo Ortiz.									
	17	10	1974.											
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M					
	X							X						
Dirección	Vereda la laguna.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda							
						X	laguna.							
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad								
		X												
Correo electrónico					Celular	3208503311								
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna									
					X									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro								
		X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado										
		X												

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda la laguna.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	15	Mes	12	Año	2024.									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Psicoeducación en Salud mental.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Hugo Ortiz		
Documento		Parentesco	
Correo		Celular	3208503311

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 15/12/2024.

LUGAR: Vereda la laguna.

Yo, Carmen Alvarez. identificado con documento cedula número 28011166 de Bucaramanga. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Milerdy Pimón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Carmen Alvarez

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1096192098							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Yesica Hernandez.								
	22	10	1987.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
			X						X				
Dirección	Vereda X-10.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						X	X-10						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico					Celular	3008546437.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna								
					X								
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
						X							
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	15/12/2024. Vereda X-10

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	15	Mes	12	Año	2024									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brindo informacion sobre puntos de crianza.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yesica Hernandez.		
Documento	1096192098	Parentesco	
Correo		Celular	3008546437

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 15/12/2024.

LUGAR: Vereda X-10

Yo, Alberto Chaver identificado con documento Cedula número 3010283 de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Miledy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Alberto Chavez

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES															
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento									
			X			3818283.									
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Alberto Chaver.										
	10	05	1954.												
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M						
			X					X							
Dirección	Vereda X-10.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda								
						X	X-10								
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad									
		X													
Correo electrónico					Celular	3203138250									
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna												
			X												
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro									
		X													
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado											
		X													

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Vereda X-10

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	15	Mes	12	Año	2024											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Psicoeducacion en salud mental.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
					X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Alberto Chaver.		
Documento	3818283	Parentesco	
Correo		Celular	3203138250

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 15/12/2024

LUGAR: Vereda X-10.

Yo, Delfa Cecilia Ortega identificado con documento Cedula número 1042211931 de Bello Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Milerdy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Delfa Ortega.

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES														
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento								
			X			1042211931.								
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Delfa Cecilia Ortega									
	31	05	1999											
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M					
		X							X					
Dirección	Vereda X-10			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda							
						X	X-10.							
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad								
		X												
Correo electrónico					Celular	3234554338								
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena									
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna											
			X											
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro								
	X													
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado										
			X											

CENTRO DE ESCUCHA

Lugar	Vereda X-10

ATENCIÓN

Fecha	Dia	15	Mes	12	Año	2024.											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Se brindo información sobre pautas de crianza.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
					X												

DATOS DE CONTACTO

Nombre completo	Delfa Cecilia Ortega		
Documento	1042211931	Parentesco	
Correo		Celular	3234554338

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 03/ Diciembre / 2024.

LUGAR: Coliseo

Yo, Alejandro Oliveros Pver. identificado con documento T.I número 1029300749 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Amon.

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
		X				1029300749.						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Alejandro Oliveros Paez.							
	14	10	2010									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
	X							X				
Dirección	Barrio Brisas del Oriente.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		Brisas					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
		X										
Correo electrónico					Celular	3224262970.						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena						
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna							
					X							
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Coliseo

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	03	Mes	12	Año	2024.									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Pautas de crianza.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
			X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yoneida Oliveros Paez.		
Documento	1042214415.	Parentesco	Hermana
Correo		Celular	3224262970

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 03/Diciembre/2024.

LUGAR: Coliseo

Yo, Nancy Marleny Navarro Bolaño. identificado con documento cedula número 37918353 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Milerdy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			37918353						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Nancy Navarro Bolaño							
	15	08	1953.									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
					X				X			
Dirección	Barrio 23 de Julio.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		23 de Julio.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
	X											
Correo electrónico					Celular	3114220010						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena						
	X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna							
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Coliseo

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	03	Mes	12	Año	2024.									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Proceso de duelo.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
			X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Nancy Navarro Bolaño.		
Documento	37918353	Parentesco	
Correo		Celular	3114220010.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 03/Diciembre/2024

LUGAR: Coliseo

Yo, Jaime Hernando Martinez Gamboa identificado con documento Cedula número 13875053 de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimón.

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES															
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento									
			X			13875053.									
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Jaime Hernandez Martinez.										
	22	05	1948												
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M						
	X							X							
Dirección	Barrio 3 de Octubre.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda								
					X		3 de Octubre.								
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad									
	X														
Correo electrónico					Celular	3102502555.									
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna												
			X												
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro									
	X														
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado											
			X												

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Coliseo

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	03	Mes	12	Año	2024											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Se brindaron estrategias para el manejo del estres.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
					X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Jaime Hernandez Martinez.		
Documento	13875053	Parentesco	
Correo		Celular	3102502555.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 03/ Diciembre/ 2024.

LUGAR: Coliseo

Yo, Argemiro Mazo Oquendo identificado con documento Cedula número 10992459 de Montelibano Cordoba manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimon

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES															
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento									
			X			1192459.									
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Argemiro Mazo Oquendo										
	07	Julio	1947												
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M						
					X			X							
Dirección	Barrio el central.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda								
					X		Central								
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad									
		X													
Correo electrónico					Celular	3502801528									
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna												
			X												
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro									
	X														
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado											
			X												

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Coliseo.

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	03	Mes	12	Año	2024											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Se brindo orientación sobre la importancia de que la pareja sentimental tengan gustos e intereses en común.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
			X														

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Argemiro Mazo Oquendo.		
Documento	1192459.	Parentesco	
Correo		Celular	3502801528

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 3/Diciembre/2024.

LUGAR: Coliseo.

Yo, Julia Dolores Parra Jaramillo identificado con documento cedula número 21928154 de Pt Berrio. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimón.

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES																	
Tipo de documento	RC		TI		CC	CE		Otro		Numero de documento							
					X					21928154.							
Fecha de nacimiento	Dia		Mes		Año	Nombre completo		Julia Dolores Parra Jaramillo.									
	03		10		1952.												
Estado civil	Soltero		Unión libre		Casado	Divorciado		Viudo	Otro	Sexo	H	M					
			X									X					
Dirección	Barrio 23 de Julio.					Zona		Urbana		Rural		Barrio o Vereda					
								X				23 Julio.					
Escolaridad	Primaria		Bachiller		Técnico	Tecnólogo		Universitario		Sin escolaridad							
										X							
Correo electrónico								Celular		N/A.							
Grupo poblacional	Discapacidad		Desplazado		Negritud/ Afrodescendiente			Mujer gestante		Comunidad indígena							
	X																
	Comunidad LGBTIQ		Otra					No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud		Nueva EPS		Sanitas	Medimás		Famisanar		Otro							
	X																
	Régimen		Contributivo		Subsidiado	No asegurado											
					X												

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Coliseo.

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	03	Mes	12	Año	2024.											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Se brindo orientación sobre el cuidado en la vejez, redes de apoyo y salud mental.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
			X														

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Julia Dolores Parra Jaramillo.		
Documento	21928154.	Parentesco	
Correo		Celular	N/A.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 03/ Diciembre/ 2024.

LUGAR: Coliseo.

Yo, Mario Sanchez. identificado con documento Cedula número 13887495 de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

Mario Sanz

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			x			13887495.						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Mario Sanchez.							
	22	11	1953									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
			x					x				
Dirección	Barrio el Prado		Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
				x		Prado.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
	x											
Correo electrónico					Celular	3184501130						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
			x									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	x											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			x									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Coliseo

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	03	Mes	12	Año	2024.									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	x	Suicidio				
Descripción	Cuidados de la salud mental.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					x										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Mario Sanchez.		
Documento	13887495.	Parentesco	
Correo		Celular	3184501130.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 03/ Diciembre/ 2024.

LUGAR: Coliseo.

Yo, Marina Torres. identificado con documento Cedola número 21950030 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES														
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento								
			X			21950030.								
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Marina Torres.									
	28	11	1946											
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M					
					X				X					
Dirección	Vereda Sardinata Baja			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda							
						X	Sardinata Baja.							
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad								
						X								
Correo electrónico					Celular									
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena									
	X													
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna											
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro								
	X													
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado										
			X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la Coliseo

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	03	Mes	12	Año	2024.											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Se brindo información sobre las redes de apoyo y acompañamiento en la vejez.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
					X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Marina torres.		
Documento	21950030.	Parentesco	
Correo		Celular	

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 04/12/2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Natalia Bermudez Rios. identificado con documento Cedula número 1042210403. de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Natalia B

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES															
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento									
			X			1042210403.									
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Natalia Bermudez Rios.										
	12	02	2001												
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M						
	X								X						
Dirección	Barrio 3 de Octubre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda								
					X		3 de Octubre.								
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad									
			X												
Correo electrónico					Celular	3246282449									
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena										
		X													
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna												
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro									
	X														
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado											
		X													

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	04	Mes	12	Año	2024.											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Se brindo orientacion en dificultades para establecer relaciones amorosas.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
							X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Natalia Bermudez.		
Documento	1042210403.	Parentesco	
Correo		Celular	3246282449.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 04/12/2024.

LUGAR: Cancha La R.

Yo, Natalia Andrea Zapata Carmona identificado con documento Cedula número 1039690277 de Pt Berrio manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinion

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1039690277.						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Natalia Andrea Zapata.							
	01	09	1989									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
	X								X			
Dirección	Jose Domingo Olliveros.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		Jose domingo O					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
					X							
Correo electrónico					Celular	3156502150.						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
			X									
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
		X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
		X										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	04	Mes	12	Año	2024									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brindo informacion sobre el estres laboral.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Natalia Andrea Zapata		
Documento	1039690277	Parentesco	
Correo		Celular	3156502150

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/ Diciembre / 2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Yesimeth Vargas identificado con documento cedula número 1096257661 de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Miledy Pimon.

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1096257661.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Yesmeth Vargas.								
	27	09	1996.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Barrio el central.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Central.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico					Celular	3110508025.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											

CENTRO DE ESCUCHA

Lugar	Chancha la R.

ATENCIÓN

Fecha	Dia	05.	Mes	12	Año	2024										
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio					
Descripción	Se brindo información sobre pautas de crianza.															
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro									
					X											

DATOS DE CONTACTO

Nombre completo	Yesmeth Vargas.		
Documento	1096257661	Parentesco	
Correo		Celular	3110508025.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/12/2024

LUGAR: Caseta Comunal el Caitan.

Yo, Nicole Yarith Ayala Lopez identificado con documento Cedula número 1007477665. de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinson

FIRMA PARTICIPANTE:

Nikol Ayala

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES																	
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento											
			X			1007477665.											
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Nicole Yarith Ayala Lopez.												
	06	02	2003														
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M								
		X							X								
Dirección	Barrio la Paz			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda										
					X		la Paz.										
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad											
		X															
Correo electrónico					Celular	3243072365.											
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena												
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna														
			X														
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro											
	X																
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado													
			X														

CENTRO DE ESCUCHA

Lugar	Caseta comunal el Caitan

ATENCIÓN

Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Se brindaron pautas de crianza basadas en el respeto y confianza.																
Atención brindada	Acompañamiento	Orientación	Información	Otro													

DATOS DE CONTACTO

Nombre completo	Nicole Yarith Ayala Lopez.		
Documento	1007477665.	Parentesco	
Correo		Celular	3243072365.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/12/2024.

LUGAR: Caseta Comunal el Guaitan.

Yo, Paola Barba Rodriguez identificado con documento Cedula número 1019073601 de Bogota manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pumán

FIRMA PARTICIPANTE:

Paola Barba R.

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES															
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento									
			X			1019073601									
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Paola Barba Rodriguez.										
	18	07	1992												
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M						
	X								X						
Dirección	Barrio el Paraiso.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda								
					X		Paraiso.								
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad									
			X												
Correo electrónico					Celular	3172384978.									
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna												
			X												
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro									
		X													
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado											
		X													

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal el Caitan.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024.									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brindo Informacion Sobre pautas de Crianza.														
Atención brindada	Acompañamiento	Orientación	Información	Otro											
			X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Paola Barba.		
Documento	1019073601	Parentesco	
Correo		Celular	3172384978

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/12/2024.

LUGAR: Caseta Comunal el Cartan.

Yo, Lourder Ofelia Osorio Mesa. identificado con documento Cedula número 1039704064 de PA Berrio manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Miledy Pimón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Lourder Ofelia Osorio mesa

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1039704064.						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Lourdes Ofelia Osorio Mera							
	06	02	1997									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Barrio el Cartan			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		Cartan.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
	X											
Correo electrónico					Celular	3145305662.						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena						
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna							
					X							
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal el Cartan

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024.									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brindaron pautas para el manejo del estres, ademas, se oriento sobre los cambios que ha tenido en su vida.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
			X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Lourdes Ofelia Osorio Mera		
Documento	1039704064.	Parentesco	
Correo		Celular	3145703662.

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/12/2024.

LUGAR: Caseta Comunal el Cantan.

Yo, Alex David Manco Sanchez. identificado con documento Cedula número 1042211989 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1042211989.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Alex David Manco Sanchez.								
	19	08	1989										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
	X							X					
Dirección	Barrio Colonia Sur.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Colonia Sur.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
				X									
Correo electrónico					Celular	3506729291							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena							
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna								
					X								
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
		X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											
CENTRO DE ESCUCHA													
Lugar	Caseta Comunal el Spartan												
ATENCIÓN													
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024.							
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio		
Descripción	Pautas del cuidado de la Salud mental.												
Atención brindada	Acompañamiento	Orientación	Información	Otro									
			X										
DATOS DE CONTACTO													
Nombre completo	Alex David Manco Sanchez.												
Documento	1042211989				Parentesco								
Correo					Celular	3506729291.							

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/12/24

LUGAR: Caseta Comunal el Cantan.

Yo, Martha Lucia Paez Holguin. identificado con documento cedula número 63460487 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

martha Paez

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES															
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento									
			X			63460487.									
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Martha Lucia Paez Holguin.										
	18	06	1972												
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M						
			X						X						
Dirección	Barrio Brisas del Oriente.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda								
					X		Brisas.								
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad									
			X												
Correo electrónico					Celular	3204166966									
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna												
			X												
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro									
	X														
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado											
			X												

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta comunal el Gaitan

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024.											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Se brindo información sobre pautas de crianza.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
					X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Martha Lucia Paez Holguin.		
Documento	63460487.	Parentesco	
Correo		Celular	3204166966.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/12/2024.

LUGAR: Caseta comunal el Caitan.

Yo, Yesica tatiana Pinzon Lerma. identificado con documento Cedula número 1042213918 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Yesica Tatiana Pinzon

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES																	
Tipo de documento	RC		TI		CC		CE		Otro		Numero de documento						
					X						1042213918						
Fecha de nacimiento	Dia		Mes		Año		Nombre completo		Yesica Tatiana Pimon lerma								
	01		08		1996												
Estado civil	Soltero		Unión libre		Casado		Divorciado		Viudo		Otro		Sexo	H		M	
			X													X	
Dirección	Barrio Buenos aires.						Zona		Urbana		Rural		Barrio o Vereda				
									X				Buenos Aires.				
Escolaridad	Primaria		Bachiller		Técnico		Tecnólogo		Universitario				Sin escolaridad				
					X												
Correo electrónico									Celular		3046561440						
Grupo poblacional	Discapacidad		Desplazado		Negritud/ Afrodescendiente				Mujer gestante		Comunidad indígena						
	Comunidad LGBTIQ		Otra						No pertenece a ninguna								
									X								
EPS	Savia Salud		Nueva EPS		Sanitas		Medimás		Famisanar		Otro						
	X																
	Régimen		Contributivo		Subsidiado		No asegurado										
					X												

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta comunal el Carton

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Se brindaron pautas del manejo del tiempo libre.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
					X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yesica Tatiana Pimon lerma.		
Documento	1042213918	Parentesco	
Correo		Celular	3046561440

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/12/24.

LUGAR: Caseta Comunal el Gaitan

Yo, Marley Balaguera identificado con documento cedula número 1042212860 de Yondo. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mlady Pimon

FIRMA PARTICIPANTE:

Marley Balaguera

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1042212860						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Marley Balaguera							
	08	06	1996									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
	X								X			
Dirección	Barrio el Progreso			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		Progreso.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
					X							
Correo electrónico					Celular	3152175245.						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena						
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna							
					X							
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
		X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
		X										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Caseta Comunal el Salitan.

ATENCIÓN														
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024								
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio			
Descripción	Se brindaron pautas para el manejo del estres.													

Atención brindada	Acompañamiento	Orientación	Información	Otro
			X	

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Marley Balaguera		
Documento	1042212860	Parentesco	
Correo		Celular	3152175245.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/Diciembre/2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Mireth Fajardo Jaramillo. identificado con documento cedula número 1005184394. de Barrancabermeja. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera,.manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mikedy Piman

FIRMA PARTICIPANTE:

Yiver Jaramillo

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1005184394.						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Yireth Fajardo Jaramillo.							
	03	12	2002									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Barrio Nueva esperanza.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		Nueva esperanza.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
		X										
Correo electrónico					Celular	3205342901						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
		X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha La R.

ATENCIÓN														
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024								
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio			
Descripción	Practicar para cuidar la salud mental.													
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro							
					X									

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yireth Fajardo Jaramillo.		
Documento	1005184394.	Parentesco	
Correo		Celular	3205342901.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/ Diciembre /2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Sharith Lerma identificado con documento TI número 1030041002 de Cucuta. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon

FIRMA PARTICIPANTE:

Sharith Lerma

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES														
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento								
		X				1030041002.								
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Sharith lerma									
	12	04	2008											
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M					
	X								X					
Dirección	Jose Domingo Oliveras.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda							
					X		Jose domingo O.							
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad								
		X												
Correo electrónico					Celular	3138802300								
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena									
		X												
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna											
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro								
	X													
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado										
			X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brindo informacion sobre la importancia de la vinculacion paterna en la crianza de los niños.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Shanth lerma		
Documento	1030041002	Parentesco	
Correo		Celular	3138802300

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/ Diciembre 2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, María Gabriela Blandon Hernandez identificado con documento cedula número 1001814761 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimón

FIRMA PARTICIPANTE:

María Gabriela.H

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES														
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento								
			X			1001814761.								
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	María Gabriela Blandon									
	30	10	2002											
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M					
		X							X					
Dirección	Barrio el Prado			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda							
					X		Prado.							
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad								
		X												
Correo electrónico					Celular	315 888 3120.								
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X												
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro								
	X													
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado										
			X											

CENTRO DE ESCUCHA														
Lugar	Cancha la R.													
ATENCIÓN														
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024								
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio			
Descripción	Se brindo informacion sobre el manejo del tiempo libre.													
Atención brindada	Acompañamiento	Orientación	Información	Otro										
			X											
DATOS DE CONTACTO														
Nombre completo	María Gabriela Blandon													
Documento	1001814761				Parentesco									
Correo					Celular	315888 3120.								

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/Diciembre/2024.

LUGAR: Cancha la R..

Yo, Desiret Daniela Morales Bletran identificado con documento cedula número 1001815827 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón

FIRMA PARTICIPANTE:

Desiret Morales

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1001815827.						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Desiret Daniela Morales.							
	11	08	2002									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Barrio 3 de Octubre.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		3 de Octubre.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
	X											
Correo electrónico					Celular	3105205911						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena						
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna							
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN														
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024.								
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio			
Descripción	Se brindaron pautas de crianza basadas en el respeto.													
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro							
					X									

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Desiret Daniela Morales		
Documento	1001815827	Parentesco	
Correo		Celular	3105205911.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/ Diciembre /2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Marleth Alejandra Ricardo. identificado con documento Cedula número 1001815370 de Yondo Antioquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

MARLETH RICARDO

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1001815370.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Marleth Alejandra Ricardo								
	18	11	2000										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Vereda x-10.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
						x	x-10						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
			X										
Correo electrónico					Celular	3023377456.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
						Salud Total.							
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										

CENTRO DE ESCUCHA

Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN

Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024.										
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio					
Descripción	Se brinda informacion sobre pautas de crianza.															
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro									
					X											

DATOS DE CONTACTO

Nombre completo	Marleth Alejandra Ricardo.		
Documento	1001815370	Parentesco	
Correo		Celular	3023377456.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/ Diciembre /2024

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Karen Yiseth Arenilla. identificado con documento Cedula. número 1001814775. de Yondo Antoquia. manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

Karen Arenilla

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1001814775.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Karen Yiseth Arenilla								
	06	07	2003.										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Barrio Brisas del Oriente			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Brisas.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3156400020							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
		X											
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
	X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
			X										

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024.									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Cuidador de la Salud mental.														
Atención brindada	Acompañamiento	Orientación	Información	Otro											
			X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Karen Yiseth Arenilla.		
Documento	1001814775.	Parentesco	
Correo		Celular	3156400020.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/Diciembre/2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Blanca Nubia Jimenez Combano. identificado con documento TI número 1042211807 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon.

FIRMA PARTICIPANTE:

blanca Jimenez

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
		X				1042211807						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Blanca Nubia Jimenez.							
	27	11	2007									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Barrio Nueva Esperanza.			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		Esperanza					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
	X											
Correo electrónico					Celular	3112805029						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena						
					X							
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna							
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Construccion de vinculos afectivos en la familia.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Blanca Nubia Jimenez.		
Documento	1042211807	Parentesco	
Correo		Celular	3112805029

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/ Diciembre / 2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Yesica Rios. identificado con documento Cedula número 1042210402. de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pomán

FIRMA PARTICIPANTE:

Yesica Rios.

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1042210 402						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Yesica Rios.							
	20	09	1994									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Barrio Villamaria			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		Villamaria.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
	X											
Correo electrónico					Celular	3186409056.						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna									
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN														
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024.								
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio			
Descripción	Manejo del tiempo libre.													
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro							
					X									

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Yesica Rios.		
Documento	1042210fa	Parentesco	
Correo		Celular	3186409056.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/Diciembre/2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Maidis Sejia Pimiento identificado con documento Cedula número 1002446712, de Regidor Bolivar manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Milady Pimon.

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento						
			X			1002446712.						
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Maidis Seija Pimiento							
	06	03	1997									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
		X							X			
Dirección	Barrio el Progreso			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					x		Progreso.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
			X									
Correo electrónico					Celular	3157644665.						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena							
		X										
	Comunidad LGBTIQ	Otra		No pertenece a ninguna								
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
		X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Pactar para el cuidado de la Salud mental.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Maidis Seija Pimiento		
Documento	1002446712	Parentesco	
Correo		Celular	3157644665.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/Diciembre/2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Elizet Devia Santofimio. identificado con documento cedula número 1096203419 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pimon

FIRMA PARTICIPANTE:

Elizet Devia Santofimio

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES														
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento								
			X			1096203419								
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Elizet Devia Santofimio.									
	17	05	1989											
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M					
		X							X					
Dirección	Barrio 25 de enero			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda							
					X		25 de enero.							
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad								
	X													
Correo electrónico					Celular	3204402580								
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena									
		X												
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna											
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro								
		X												
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado										
			X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN																	
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024											
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio						
Descripción	Se brindo orientacion sobre la unión que debe de existir en la crianza de los menores.																
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro										
			X														

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Elizet Devia Santofimio		
Documento	1096203419	Parentesco	
Correo		Celular	3204402580

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/ Diciembre /2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Karelis Villareal identificado con documento PPT número 6794744 de Barrancabermeja manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES												
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro			Numero de documento				
					PPT			6794744				
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Karelis Villareal.							
	26	12	1999									
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M			
	X								X			
Dirección	Barrio las Vegas			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda					
					X		las Vegas.					
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad						
		X										
Correo electrónico					Celular	3138258160						
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente		Mujer gestante	Comunidad indígena						
	Comunidad LGBTIQ	Otra			No pertenece a ninguna							
					X							
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro						
	X											
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado								
			X									

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Pactar para el cuidado de la Salud mental.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Karelis Villareal.		
Documento	6794744.	Parentesco	
Correo		Celular	3138258160

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/ Diciembre/2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Cindy Johana Martinez identificado con documento cedula número 1096202406 de Rionegro Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzón.

FIRMA PARTICIPANTE:

1096202406

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1096202406.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Cindy Johana Martinez.								
	02	09	1989										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Barrio central			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		Central.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
					X								
Correo electrónico					Celular	3178672840.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
			X										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
			X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024.									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brindo Información sobre una crianza amorosa.														
Atención brindada	Acompañamiento		Orientación		Información		Otro								
					X										

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Cindy Johana Martinez.		
Documento	1096202406.	Parentesco	
Correo		Celular	3178672840.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO CENTRO DE ESCUCHA

FECHA: 05/Diciembre/2024.

LUGAR: Cancha la R.

Yo, Jineth Gomez identificado con documento Cedula número 1001815137 de Yondo Antioquia manifiesto que se me ha explicado el propósito del ejercicio referente a la resolución 518 del 2015 que dicta disposiciones con relación a la Gestión de Salud Pública y establece las directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC), el cual, es el encargado de desarrollar la actividad de Brindar atención psicológica mediante la modalidad del centro de escucha dirigido a la comunidad en general que será ejecutado por el profesional en psicología. De igual manera, manifiesto que accedí voluntariamente a la atención y entiendo que la información concerniente del acompañamiento es confidencial y no será divulgada ni entregada a otras entidades sin mi consentimiento, excepto cuando se identifiquen factores de riesgos o amenazas que afecten mi salud y bienestar integral.

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

FIRMA PROFESIONAL

Mileidy Pinzon.

FIRMA PARTICIPANTE:

Jineth Gomez C.

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

CENTRO DE ESCUCHA

DATOS GENERALES													
Tipo de documento	RC	TI	CC	CE	Otro	Numero de documento							
			X			1001915137.							
Fecha de nacimiento	Dia	Mes	Año	Nombre completo	Jineth Gomez.								
	18	06	2000										
Estado civil	Soltero	Unión libre	Casado	Divorciado	Viudo	Otro	Sexo	H	M				
		X							X				
Dirección	Barrio 3 de Octubre			Zona	Urbana	Rural	Barrio o Vereda						
					X		3 de Octubre.						
Escolaridad	Primaria	Bachiller	Técnico	Tecnólogo	Universitario	Sin escolaridad							
		X											
Correo electrónico					Celular	3163046516.							
Grupo poblacional	Discapacidad	Desplazado	Negritud/ Afrodescendiente	Mujer gestante	Comunidad indígena								
				X									
	Comunidad LGBTIQ	Otra	No pertenece a ninguna										
EPS	Savia Salud	Nueva EPS	Sanitas	Medimás	Famisanar	Otro							
			X										
	Régimen	Contributivo	Subsidiado	No asegurado									
		X											

CENTRO DE ESCUCHA	
Lugar	Cancha la R.

ATENCIÓN															
Fecha	Dia	05	Mes	12	Año	2024									
Motivo	Consumo de SPA		Violencia intrafamiliar		Abuso sexual		Negligencia		Otro	X	Suicidio				
Descripción	Se brindo información sobre los vinculos afectivos desde la gestación.														
Atención brindada	Acompañamiento	Orientación	Información	Otro											
			X												

DATOS DE CONTACTO			
Nombre completo	Jineth Gomez		
Documento	1001915137.	Parentesco	
Correo		Celular	316 3046516.

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION [illegible]UDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Brindar atencion Psicologica mediante modalidad del centro de escucha

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Mileidy Pinzon Psicologa.

FECHA: 03/05/diciembre/2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Julia Dolores Parra Jaramillo		X	72	21928 154	X							23 Julio.		Ama de cara.	N/A.		
2	Argemiro Mazo Oquendo	X		77	10192459.							X	Central.		Oficios varios.	3502801528		
3	Jaime Hernandez Martinez	X		76	13875053							X	3 de Octubre.		Oficios varios.	3102502555		
4	Nancy Navarro Bolaño		X	71	37918353	X							23 de Julio.		Ama de cara	3114220010		
5	Alejandro Oliveros Ruer	X		14	1029300749							X	Brisas.		Estudiante	3224262970		
6	Mario Sanchez	X		71	13887495							X	Prado.		Oficios varios.	3184501130		
7	Marina Torres		X	77	21950030	X							Colonia sur.		Ama de cara.			
8	Karen Yiseth Arenilla		X	21	1001814775.		X						Brisas.		Ama de cara.	3156400080		Karen A.
9	Blanca Nuba Jimenez L.		X	17	1042211807				X				Esperanza.		Ama de cara.	3112805029		blanca Jimenez
10	Yesica Rios		X	30	1042210402		X						Ullamana.		Ama de cara.	3186409056		Yesica R
11	Maidis Seija Pimiento		X	27	1002446712		X						Progreso		Independiente	3157644665.		
12	Elizet Devia Santofimio		X	35	1096203479		X						25 enero		Ama de casa	3004402580		Elizet Devia S
13	Karelis Villareal		X	24	6794744.							X	Las Vegas		Ama de casa.	3138258460		
14	Cindy Johana Martinez		X	34	1096202406							X	Central		Repostera.	3178672840		
15	Jineth Gomez		X	24	1001815137				X				3 de Octubre		Ama de casa.	3163046516.		Jineth Fda
16	Marleth Alejandra Ricardo		X	24	1001815370							X	Central		Ama de casa	3023377458.		MARLETH R.
17	Shanith Lerma		X	16.	1030041002		X						Jose domingo oliveros		Ama de casa	3138802300		Sharik
18	Maria Fabriela Blandon H		X	22	1001814761		X						Prado		Ama de cara.	3158883120		Maria-6
19	Desiret Daniela Moralez		X	22	1001815827		X						3 de Octubre		Ama de cara.	3105205911		Desiret M
20	Yireth Fajardo Jaramillo		X	22	1005184514		X						Nueva esperanza		Ama de cara.	3205342901.		Yiret Jaramillo

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

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCIO CIUDADANO	Código:	F-PE-GAC-DAM-01
	Fecha de Aprobación :	21/02/2024
FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
	Paginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Brindar atencion psicologica mediante modalidad del centro de escucha.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Miledy Pinzon Psicologa.

FECHA: 04/05/diciembre.

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Yesmeth Vargas		X	28	1096257661							X	Central		Ama de casa	3110508025		
2	Natalia Andrea Zapata		X	35	1039690277			X					Jose domingo		Docente	3156502150		
3	Natalia Bermudez Rios		X	23	1042210403	X							3 de Octubre		Docente	3246282449		Natalia B
4	Nicole Yarith Ayala Lopez		X	21	1007477665							X	Paz		Ama de casa	3243072365		Nicol Ayala
5	Paola Barba Rodriguez		X	32	1019073601							X	Paraiso		Docente	3172384978		Paola B
6	Lourder Ofelia Osorio Mera		X	27	1039704004							X	Cartan		Ama de casa	3145303662		Ofelia Osorio
7	Alex David Manco Sanchez	X		35	1042211989							X	colonia sur		Auxiliar operativo	3506729791		
8	Marley Balabera		X	28	1042212860							X	Progreso		Psicologa	3152775245		MarleyB
9	Martha Lucia Paez Holguin		X	52	63460487							X	Brisas		oficios varios	3209766946		Martha Paez
10	Yesica Tatiana Pinzon Lerma		X	28	1042213918							X	Buenos aires		Ama de casa	3046561440		Yesica Tatiana Pinzon
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

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

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

Centro de escucha rural.

957

Municipio de Yondó Antioquia	GESTION DE ATENCION UDADANO	Código:	F-PE-GAC-DAM-01
		Fecha de Aprobación :	21/02/2024
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
		Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Brindar atencion psicologica mediante modalidad del centro de escucha.	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 016-2024.
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Mileidy Pinzon Psicologa.		
FECHA:	27/Noviembre 12/14/15 diciembre		

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Johana Beleño		X	25	1005184052		X						Tigre.		Ama de casa.	3107775328		Johana b
2	Marilu Alvarez		X	40	43656901		X						Tigre		Ama de casa	3122810131		Marilu A.
3	Erika Jimenez		X	20	1057782562		X						Tigre		Ama de casa	3008778178		Erika J.
4	Ines Mercedes Farela		X	65	26904534		X						Tigre.		Ama de casa			Ines Farela
5	Yesenia Castillo		X	39	37581052		X						Tigre		Ama de casa	3008480917		Yesenia C
6	Eluis Rodriguez		X	49	37556911		X						Tigre		Ama de casa	3208482678		Eluis R.
7	Fermin Lopez	X		74	1389059		X						Tigre		Oficios varios	3103409146.		Fermin
8	Lenis Mercedes Acosta		X	61	21949558		X						Tigre		Ama de casa	3123442267		Lenis Acosta
9	Xiomara Rangel		X	31	1104931553							X	Tigre		Ama de casa	3204301545		Xiomara Rangel
10	Keila lorena Guzman		X	21	1001814825							X	San luis		Ama de casa	3157936310		Keila G
11	Dayana Duque		X	23	1005175838							X	San luis		Ama de casa	3246703776		Dayana D.
12	Yuri Sandrith Duque		X	25	1042215333							X	San luis		Ama de casa	3023783917		Yuri Duque
13	Sol Angel Arteerrez.		X	68	37926978							X	X-10		Ama de casa.	3249581083		Sol Gutierrez
14	Flor de Maria Rodriguez		X	66	37930482							X	X-10		Ama de casa.			Flor de Maria R.
15	Reinaldo Pinzon	X		72	13880025.							X	Laguna		Pensionado	3206169178		Reinaldo P.
16	Hugo Ortiz	X		50	15451976							X	Laguna		Oficios varios.	3208503311		Hugo Ortiz.
17	Carmen Alvarez		X	76	28011166							X	Laguna		Ama de casa.	3208503837.		Carmen A.
18	Yesica Hernandez.		X	37	1096192098							X	X-10		Ama de casa.	3008546437		Yesica H.
19	Alberto Chaver.	X		70	3818283							X	X-10		Oficios varios.	3203138250		Alberto C.
20	Delfa Cecilia Ortega		X	25	1042211939.							X	X-10		Oficios varios.	3234554338		Delfa Ortega.

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

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

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

DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

TEMA O ACTIVIDAD:

Estrategia IAMI operando seguimiento de los 10 pasos, informe de actividades

LUGAR:

E.S.E. Hospital Héctor Abad Gómez

POBLACIÓN:

Trabajadores de la institución y beneficiarios

RESPONSABLE:

Katherine Alvarez Meza - Enfermera jefe

OBJETIVO:

Realizar una adecuada sensibilización y educación al personal tanto asistencial como administrativo sobre la Estrategia IAMI operando seguimiento de los 10 pasos.

CONVOCATORIA:

La convocatoria de esta actividad se realizó de la siguiente forma se realizó por medio de la coordinadora de pyp del hospital Héctor abad Gomes la cual se programó la realización de la actividad para el día 16 y 20 de diciembre del 2024.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

Siendo las 4:00 PM del día 16 de diciembre del 2024, se realizó acercamiento con la referente o coordinadora de los diferentes programas de pyp del hospital Héctor abad Gómez para realizar la evaluación de autoapreciación de los 10 pasos del programa IAMI con el instructivo del ministerio de la protección social posterior a esto se realizó taller educativo con el personal tanto asistencial, administrativo del hospital Héctor abad sobre la Estrategia IAMI operando o haciendo seguimiento de los 10 pasos y finalmente se les realizo la entrega a cada persona que participo del taller de un folleto educativo que contenía toda la información de la actividad realizada.

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

Siendo las 2:00 pm del 20 de diciembre del 2024, se realizó taller educativo con toda la población en general que estaban presentes en sala de espera del hospital Héctor abad Gómez se realiza la presentación del profesional que realizaría el taller educativo sobre la Estrategia IAMI operando o haciendo seguimiento de los 10 pasos y finalmente se les realizo la entrega a cada persona que participo del taller de un folleto educativo que contenía toda la información de la actividad realizada.

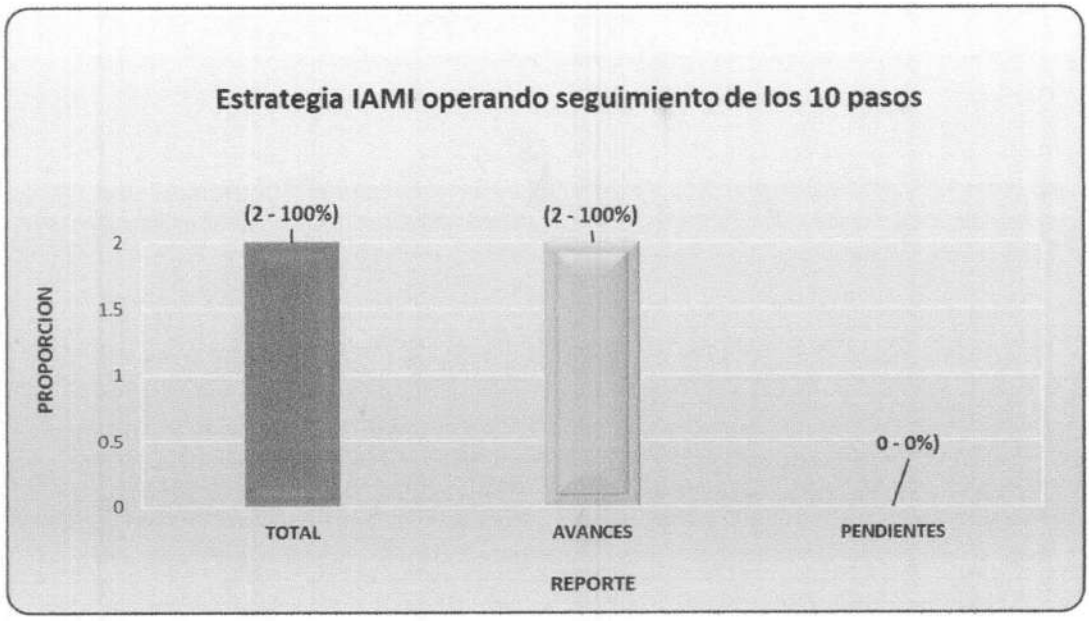
RESULTADOS Y LOGROS:

- ✓ Aceptación por parte de la población de las actividades a desarrollar.
- ✓ Realizar una adecuada sensibilización a la comunidad sobre la Estrategia IAMI operando seguimiento de los 10 pasos

INDICADOR:

Estrategia IAMI operando seguimiento de los 10 pasos		
Total	**Realizados**	**Pendientes**
2	2	0
100%	100%	0%

GRAFICA



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

ANALISIS:

En el grafico se puede apreciar que de la actividad "Estrategia IAMI operando seguimiento de los 10 pasos" el total de acciones propuestas a desarrollar son 2 que equivalen al (100%), de los cuales se desarrollaron 2 (100%) no quedando pendiente por desarrollar.

PRESENTACION DE FOLLETO



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

EVALUACION DE AUTOAPRECIACION ESTRATEGIA IAMI

Autoapreciación:	SI	NO
1.1 ¿Dispone la institución de una política escrita[12] que incluya los 10 pasos de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia - IAMI?	X	
1.2 ¿En la política institucional y en la oferta de servicios, la institución reconoce a las usuarias/os como titulares de derechos, y se reconoce a sí misma como portadora de obligaciones para su cumplimiento?	X	
1.3. ¿La política IAMI ha sido formulada tomando como base los principios y normas de la Convención de los Derechos del Niño, CDN, la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, CEDAW y las políticas públicas de infancia y adolescencia?	X	
1.4. ¿Incorpora la política el enfoque diferencial y la perspectiva de género que tenga en cuenta las necesidades e intereses de las mujeres y contribuya a la inclusión del hombre en los procesos de la salud y la nutrición de la mujer y de sus hijas e hijos?	X	
1.5. ¿Contempla la política actividades de promoción, protección, apoyo, prevención y atención de la salud, lactancia materna y la nutrición materna e infantil con características de integralidad, calidad y continuidad?	X	
1.6. ¿La política institucional se refiere explícitamente a la integración de acciones, programas y estrategias como la planificación familiar, la educación a la gestante, la atención de la gestación con enfoque de riesgo, la prevención de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita, la detección de los casos de malnutrición en las gestantes, gestantes adolescentes y la atención con calidad y calidez durante el trabajo de parto, el parto, el puerperio, la detección temprana de las anomalías congénitas, entre otras?	X	
1.7. ¿La política institucional se refiere explícitamente a la integración de acciones y programas como la promoción, protección y apoyo efectivo a la lactancia materna, el inicio y seguimiento apropiado de la alimentación complementaria adecuada a los niños y niñas entre los 6 y 24 meses de edad, así como la identificación oportuna de las alteraciones del crecimiento y desarrollo durante la primera infancia, la detección de los casos de malnutrición en las niñas y los niños y la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI, entre otras?	X	
1.8. ¿En la gerencia y diversas áreas de prestación de servicios a madres, niñas, niños y adolescentes está expuesta la política IAMI relacionada con la competencia de cada área específica?	X	
1.9. ¿La política publicada se encuentra redactada en lenguaje claro y sencillo para que sea comprendida por las usuarias y los usuarios de la institución?	X	

1.10 ¿La institución tiene implementadas estrategias de difusión de la política para todos los funcionarios, usuarias, usuarios y grupos de apoyo?	X	
1.11. ¿Todos los miembros del personal de la institución, tanto administrativo como asistencial, conocen y practican la política?		X
1.12. ¿Existe un comité que se reúne periódicamente y que es responsable de la coordinación y seguimiento de las actividades que se desarrollan para hacer operativa la política?		X
1.13. ¿Están incluidos los 10 pasos de la IAMI en el Plan de Desarrollo o de Gestión Institucional?	X	
1.14. ¿Se aplica periódicamente el formulario de autoapreciación para monitorear el cumplimiento y los avances en el desarrollo y la implementación de la política?	X	
1.15. ¿La institución tiene establecidos indicadores (de gestión, de productividad, de satisfacción, entre otros) que den cuenta del cumplimiento de la política como una institución que implementa la IAMI?		X
1.16. ¿En la institución se tienen mecanismos establecidos para evaluar la sostenibilidad de la estrategia IAMI en los cuales participe el personal de los servicios de atención materna e infantil?	X	
1.17. ¿Los resultados de la autoapreciación, el seguimiento a los indicadores de los datos generales, así como las preevaluaciones y sus análisis son usados para introducir mejoras, fortalecer o mantener procesos institucionales?	X	
1.18. ¿La institución desagrega la información de las actividades IAMI por sexo[13], edad, etnia, nivel educativo, discapacidad, etc.?		X

2.1 ¿Conoce el personal de la institución los 10 pasos de la estrategia IAMI y la forma de ponerlos en práctica?	X	
2.2 ¿Existe por escrito el plan de capacitación[14] sobre la estrategia IAMI que parte de un diagnóstico sobre las necesidades de capacitación y cuenta con los programas de inducción, información, educación y capacitación, incluyendo los temas específicos con sus contenidos desarrollados para cada grupo objetivo?	X	
2.3 ¿El plan de capacitación describe la metodología y cuenta con un cronograma para desarrollar los programas descritos?	X	
2.4 ¿La institución tiene mecanismos establecidos para realizar la inducción periódica sobre la política IAMI al personal nuevo?	X	
2.5 ¿Existe en la institución un mecanismo de capacitación permanente para que todo el personal esté actualizado en los temas establecidos en la política de IAMI?	X	
2.6 ¿La capacitación incluye los principios y reglas generales de los derechos humanos, el enfoque diferencial y la perspectiva de género?	X	
2.7 ¿La capacitación al personal nuevo se realiza durante los 6 primeros meses[15] de haber ingresado a trabajar en la institución?	X	
2.8 ¿El plan de capacitación tiene dentro el mecanismo a través del cual la institución se asegura que más del 80% de los funcionarios/as ha recibido capacitación en la implementación y sostenibilidad de la IAMI?	X	
2.9 Específicamente el personal que brinda atención asistencial en las áreas de planificación familiar, control prenatal, atención del trabajo de parto, el parto, puerperio, consulta externa, urgencias, crecimiento y desarrollo, pediatría, salud bucal, hospitalización en recién nacidos y pediatría, unidad neonatal y salas de lactancia, ¿ha recibido entrenamiento práctico para ofrecer ayuda efectiva en lactancia materna (técnicas de consejería, posición, valoración oral motora, extracción manual, almacenamiento, conservación y ofrecimiento de leche materna, entre otros)?	X	

3.1. ¿Desarrolla la IPS mecanismos de coordinación verificables con las EPS, conocidos por todo el personal de la institución, las y los usuarios y los grupos de apoyo, para lograr que las gestantes tengan como mínimo cuatro controles prenatales y que el primero de ellos se realice en el primer trimestre de la gestación?	X		
3.2. ¿Tiene la IPS estrategias establecidas, verificables y conocidas por todo el personal, usuarios y grupos de apoyo para hacer búsqueda activa de gestantes?	X		
3.3. ¿Tiene la IPS mecanismos verificables que permitan la coordinación con las EPS para favorecer la atención oportuna y sin barreras de las gestantes que asisten a sus servicios?			X
3.4. ¿Tiene la IPS mecanismos verificables que permitan a las gestantes que asisten a sus servicios, con énfasis en aquellas que tienen barreras de	X		

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

acceso, la oportunidad en la toma y entrega de resultados de exámenes diagnósticos, al igual que al manejo indicado?			
3.5. ¿La institución cuenta con estrategias de información dirigidas a las usuarias y usuarios sobre los derechos sexuales y reproductivos y los derechos de niños, niñas y adolescentes?	SI	NO X	
3.6. ¿Tiene la institución mecanismos o estrategias para verificar que la atención de todas las gestantes, incluyendo las adolescentes y las que se encuentran en situaciones especiales, ha sido amable y respetuosa?	SI	NO	
3.7. ¿Todas las gestantes atendidas en la institución tienen historia clínica prenatal completa con enfoque de riesgo?	SI	NO	NA
3.8. ¿A las madres que asisten al control prenatal se les lleva adecuadamente el carné materno y se les dan explicaciones sobre su uso e importancia de llevarlo siempre consigo?	SI	NO	NA
3.9. ¿A las madres que asisten al control prenatal, se les hace la evaluación sistemática del estado nutricional y psicosocial, y ellas conocen su interpretación y recomendaciones para vivir una gestación saludable?	SI	NO	NA
3.10. ¿Tiene la institución mecanismos o estrategias para verificar que la educación y adherencia al programa de suplementación con micronutrientes son efectivas?	SI	NO	NA
3.11. ¿A todas las gestantes atendidas en control prenatal se les informa sobre la importancia de la salud bucal, se les remite sistemáticamente a control odontológico, reciben atención y en caso necesario se les asegura el tratamiento oportuno de la enfermedad periodontal?	SI	NO	NA
3.12. ¿Se realizan actividades de educación[16] en salud, y nutrición individuales y/o grupales para todas las gestantes que asisten al control prenatal, madres, padres y otros familiares?	SI	NO	
3.13. ¿Todas las gestantes atendidas pueden describir nociones básicas sobre signos de alarma durante la gestación y el puerperio, y mecanismos de trasmisión del VIH y sífilis?	SI	NO	NA
3.14. ¿Las gestantes atendidas en la institución están en capacidad de demostrar que conocen los beneficios y las ventajas de la lactancia materna, la forma de ponerla en práctica, la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años y más, la libre demanda y las desventajas y peligros del uso de chupos y biberones?	SI	NO	NA
3.15. ¿Se registran las actividades educativas que reciben las gestantes y sus acompañantes en la historia clínica correspondiente?	SI	NO	NA
3.16. ¿Se realizan entrevistas periódicas a las gestantes para indagar sobre el grado de conocimiento y aplicación de las prácticas en salud y nutrición aprendidas?	SI	NO	
3.17. ¿Si la madre lo desea, la institución facilita la presencia del esposo, compañero o en su defecto, de un acompañante significativo durante el control prenatal?	SI	NO	NA
3.18. ¿Brinda la institución apoyo especial a aquellas mujeres, parejas y familias con condiciones especiales como dificultad para aceptar la gestación, la maternidad en adolescentes, la discapacidad, un resultado positivo de VIH, sífilis o cualquier otra ITS, anomalías congénitas del recién nacido, o haber sido víctima de violencia (incluida la doméstica) y cuando se encuentran en situación de desplazamiento forzado, entre otras?	SI	NO	
3.19. ¿El personal de salud ofrece información completa, veraz y oportuna a las madres y sus familias sobre el proceso de su gestación y favorece la toma de decisiones informadas sobre su condición de salud o la de sus hijas e hijos?	SI	NO	NA
3.20. ¿Se ofrece y garantiza a todas las gestantes atendidas en la institución la prueba voluntaria para VIH, acompañada de consejería pre y post prueba?	SI	NO	NA
3.21. ¿A todas las gestantes atendidas en la institución se les aplica y/o remite para aplicación de la vacuna Td, se les explica su importancia y se les registra en la historia clínica y en el carné materno, respectivamente?	SI	NO	NA
3.22. ¿Se garantiza a todas las gestantes y madres atendidas en la institución, y a sus esposos y compañeros, la información y consejería en planificación familiar y lactancia materna?	SI	NO	NA
3.23. ¿La institución tiene establecido un sistema verificable de referencia y contrarreferencia para las gestantes que lo requieran?	SI	NO	NA
3.24. ¿Saben todas las gestantes atendidas y sus familias sobre la importancia de asistir al control posparto y de llevar al recién nacido a control dentro de los siete días siguientes a haber sido dados de alta?	SI	NO	
3.25. ¿Conocen las gestantes y sus familias el derecho de sus hijos o hijas a un nombre y una nacionalidad, y la importancia del registro civil desde el nacimiento?	SI	NO	NA

4.1. ¿En el control prenatal se explica a las gestantes sobre sus derechos a la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez, en un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, donde prevalezca el derecho a la intimidad?	SI	NO	NA
4.2. ¿En el control prenatal se explica a las gestantes que tienen derecho a la compañía del padre del bebé o de una persona significativa durante el parto, de tener a su niño o niña en contacto inmediato piel a piel, e iniciar la lactancia materna en la hora siguiente al nacimiento?	SI	NO	NA
4.3. ¿El personal de salud de la institución informa a las madres, a los padres o a algún otro acompañante sobre el derecho al	SI	NO	

nombre y al registro civil de sus hijos o hijas desde el nacimiento y les orienta en dónde pueden hacerlo?	SI	NO	NA
4.4. ¿En el control prenatal se explica a las gestantes y a sus acompañantes sobre su derecho a recibir el carné de salud infantil con información veraz y completa sobre el estado del niño o la niña al nacer?[16]	SI X	NO	NA
4.5. ¿Tiene la IPS mecanismos verificables que permitan la coordinación con las EPS para favorecer la toma, el procesamiento y la entrega de resultados en forma oportuna de los exámenes realizados durante el parto?	SI X	NO	NA
4.6. ¿El personal de la institución informa a las gestantes que si ellas lo desean y si la institución cuenta con las condiciones apropiadas, pueden solicitar que se les permita estar acompañadas del padre o de una persona significativa para ellas durante el trabajo de parto y el parto?	SI X	NO	NA
4.7. ¿Cuenta la institución con un protocolo de atención del parto que garantice el derecho a la intimidad y una atención respetuosa, amable, con calidad y libre de intervenciones innecesarias que favorezca el pinzamiento adecuado del cordón umbilical, el contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia materna?	SI X	NO	NA
4.8. ¿Incluye el protocolo las normas específicas para la prevención de la transmisión perinatal del VIH durante el parto.[16]?	SI X	NO	NA
4.9. ¿El personal de maternidad brinda atención respetuosa, cálida y oportuna y orienta a la madre sobre cómo respirar y relajarse para disminuir el nivel de estrés durante el trabajo de parto y el parto?	SI X	NO	NA
4.10. ¿El personal de salud que atiende partos utiliza sistemáticamente la historia clínica perinatal y el partograma y además registra los datos del parto en el carné materno?	SI X	NO	NA
4.11. ¿En sala de parto se promueve un ambiente de intimidad y	SI	NO	NA

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

Pregunta	SI	NO	NA
respeto para con la madre y se facilitan las condiciones para que, si ella lo desea, esté acompañada por su esposo o compañero?	X		
4.12. ¿El personal de salud informa a la madre sobre la indicación médica para intervenciones como cesárea e instrumentación del parto?	SI X	NO	NA
4.13. ¿El personal de salud que brinda atención inmediata a la niña o niño recién nacido en sala de partos, procura su adaptación neonatal armoniosa y evita el uso sistemático de sondas nasogástricas, ruidos, enfriamiento y procedimientos invasivos innecesarios?	SI X	NO	NA
4.14. ¿El personal de salud favorece el contacto inmediato piel a piel durante por lo menos 15 minutos y el inicio temprano de la lactancia materna en la primera hora después del nacimiento?	SI X	NO	NA
4.15. ¿Después de un parto por cesárea se realiza contacto piel a piel cuando la madre está alerta y en capacidad de responder?	SI X	NO	NA
4.16. ¿Las rutinas de cuidados del cordón umbilical, gotas oftálmicas, vitamina K, peso, talla y perímetro cefálico y torácico, se realizan después de permitir el contacto piel a piel?	SI X	NO	NA
4.17. ¿El personal de salud que brinda atención inmediata al recién nacido en sala de partos conoce y aplica la norma técnica sobre pinzamiento adecuado del cordón umbilical?	SI X	NO	NA
4.18. ¿Conoce el personal que atiende a las madres y sus hijas e hijos el procedimiento para la atención de una gestante con resultado positivo para VIH y/o sífilis que ingresa para atención del parto sin estas pruebas?	SI X	NO	NA
4.19. ¿Se realiza la toma de muestras de TSH y hemoclasificación a los recién nacidos en cordón umbilical y se tiene una estrategia para garantizar que los padres conozcan los resultados y que estos estén disponibles para el control de las 72 horas después del nacimiento?	SI X	NO	NA
4.20. ¿En las salas de recuperación se da apoyo efectivo a la madre para amamantar y se resuelven las dudas que pueda tener sobre su capacidad para poner en práctica la lactancia materna?	SI X	NO	NA

Pregunta	SI	NO	
5.1. ¿El personal de salas de puerperio o que atiende en salas de maternidad y pediatría (consulta externa, unidades de cuidados especiales, hospitalización, vacunación, urgencias y control de niñas y niños sanos) brinda información a las madres, padres u otro familiar o persona cercana a la madre sobre aspectos como el autocuidado materno incluyendo la planificación familiar, los cuidados del recién nacido, la importancia de reclamar los resultados de laboratorio; los signos de alarma para la madre y niña o niño recién nacido, la alimentación al seno, higiene, sueño, posición del recién nacido para dormir, masaje infantil, vínculo afectivo, interacciones positivas entre adultos y recién nacidos, primeras vacunas, importancia del control médico en los primeros siete días después del parto y posteriormente el control de crecimiento y desarrollo?	SI X	NO	
5.2. ¿Las madres, padres y familias de los niños y niños recién nacidos atendidos en salas de maternidad y pediatría (consulta externa, unidades de cuidados especiales, hospitalización, vacunación, urgencias y control de niño sano) conocen los aspectos básicos para el autocuidado de la madre incluyendo la planificación familiar, los cuidados de recién nacidos y lactantes, los signos de alarma para la madre y sus hijas e hijos, alimentación, higiene, interacciones positivas con los recién nacidos, vacunación, importancia del control posparto tanto materno como del recién nacido e inicio temprano del control de crecimiento y desarrollo?	SI X	NO	
5.3. ¿El personal de la institución informa, orienta y brinda ayuda efectiva a las madres y proporciona información al papá o a otros familiares sobre la importancia de la nutrición de las madres durante la lactancia y cuenta con estrategias de intervención oportuna en caso de riesgo o de malnutrición materna?	SI X	NO	
5.4. ¿El personal de salas de puerperio, pediatría, urgencias y consulta externa (incluyendo control de crecimiento y desarrollo) que atiende madres, niños y niñas brinda ayuda efectiva para el amamantamiento (posición recomendada, agarre efectivo, respiración, succión, deglución, lactancia a libre demanda), técnica de extracción manual y conservación de la leche materna, y hace seguimiento permanente al conocimiento impartido a todas sus	SI X	NO	

Pregunta	SI	NO	NA
5.5. ¿Saben las madres identificar si sus hijos o hijas están realizando una succión efectiva y por qué ésta es importante para la producción de la leche materna?	SI X	NO	
5.6. ¿Las madres de niñas y niños recién nacidos y lactantes están en capacidad de demostrar cómo colocar al niño/a al seno y cómo hacer la extracción manual de la leche?	SI X	NO	
5.7. ¿El personal de salas de puerperio, pediatría, urgencias y consulta externa (incluyendo control de crecimiento y desarrollo) que atiende madres, niños y niñas brinda ayuda específica para promover la salud y nutrición adecuada en situaciones especiales (madres adolescentes, bajo peso al nacer, prematurez, parto gemelar, malformaciones congénitas, discapacidad, entre otras)?	SI X	NO	
5.8. ¿Conocen las madres, padres y otros familiares dónde y cuándo acudir en caso de identificar signos de alarma en las madres y/o las y los recién nacidos y lactantes?	SI X	NO	
5.9. ¿Tiene la institución un mecanismo establecido para asesorar a las madres con resultado VIH positivo sobre el cuidado de la salud y nutrición de su hijo o hija e informarles sobre la importancia del control médico y nutricional periódico?	SI X	NO	
5.10. ¿La asesoría y atención a las madres con resultado VIH positivo contempla criterios de confidencialidad, respeto y no discriminación?	SI X	NO	
5.11. ¿Tiene la institución un mecanismo establecido de coordinación con el ente de salud correspondiente y las aseguradoras[22] que permita a las madres con resultado VIH positivo y sus recién nacidos acceder al tratamiento médico y nutricional correspondiente bajo condiciones de discrecionalidad y trato no discriminatorio?	SI X	NO	
5.12. ¿Se aplican a las y los recién nacidos, de manera oportuna antes de ser dados de alta de la institución, los biológicos de acuerdo con el esquema de vacunación establecido por el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI?	SI X	NO	NA

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

5.13 ¿Se indaga a las madres atendidas sobre su conocimiento y sobre la importancia de asistir al control posparto en los primeros siete días?	SI	NO	NA
5.14 ¿Cuenta la institución con mecanismos establecidos de coordinación con las EPS para garantizar la atención oportuna del control posparto a la madre y la consulta de las y los recién nacidos en los primeros siete días?	SI	NO	
5.15 ¿Cuenta la institución con mecanismos establecidos de seguimiento para garantizar que todas las madres y sus recién nacidos atendidos han asistido al control posparto en los primeros siete días después del parto?	SI	NO	
5.16 ¿Cuenta la institución con estrategias verificables que garanticen el registro civil del recién nacido allí mismo o, tiene mecanismos de coordinación para facilitar el trámite a sus usuarias y usuarios inmediatamente después de ser dados de alta?	SI	NO	NA
5.17 ¿El personal de los servicios de maternidad, salas de puerperio, vacunación, pediatría, unidades de cuidados especiales, urgencias y consulta externa (incluyendo control de crecimiento y desarrollo) refuerza en las madres, padres y otros familiares el conocimiento del derecho al nombre y la importancia del registro civil al nacimiento?	SI	NO	
5.18 ¿Se entrega a la madre los carnés materno y de salud infantil completamente diligenciados antes de ser dadas de alta de la institución y se les indica la importancia de portarlos cada vez que asistan a la institución de salud	SI	NO	NA
5.19 ¿La institución tiene establecido un sistema de referencia y contrarreferencia verificable para las madres, las niñas y niños recién nacidos y especialmente para aquellos con bajo peso al nacer, prematuros y otras situaciones que lo requieran?	SI	NO	NA

6.1. ¿El personal de salud que atiende en los servicios ambulatorios y hospitalarios de maternidad y pediatría e incluso en urgencias respeta las decisiones informadas de las madres sobre el tipo de alimentación para sus hijas e hijos y las apoya para su cumplimiento sin recriminarlas, discriminarlas, excluirlas o inducirlas al uso de fórmulas artificiales?	SI	NO
6.2. ¿El personal del área asistencial informa a las madres, padres y sus familiares sobre las ventajas y beneficios de la leche materna, la importancia del calostro y la libre demanda, sin horarios ni restricciones de día y de noche, para mantener la producción de la leche y la buena nutrición de sus hijas e hijos?	SI	NO
6.3. ¿El personal de salud que atiende en los servicios ambulatorios y de hospitalización tanto de maternidad como de pediatría orienta y brinda apoyo efectivo a las madres, para poner la niña o el niño al seno?	SI	NO
6.4. ¿El personal de salud que atiende en los servicios ambulatorios y de hospitalización de maternidad, pediatría, urgencias, crecimiento y desarrollo, odontología, vacunación y las salas de lactancia promueve la lactancia materna, orienta y brinda ayuda efectiva a las madres, padres y acompañantes para que las niñas y niños reciban solo leche materna durante los seis primeros meses de vida sin suministrarles aguas, ni ningún otro alimento, ni bebida[25], salvo indicación médica?	SI	NO
6.5. ¿El personal de salud de los servicios ambulatorios y de hospitalización en maternidad y pediatría, urgencias, crecimiento y desarrollo detecta los problemas tempranos del amamantamiento y proporciona a la madre consejería en lactancia para mejorar la técnica y para que desarrolle confianza en su capacidad de amamantar?	SI	NO

6.6. ¿El personal que atiende madres en período de lactancia y niñas y niños menores de dos años brinda información y ayuda efectiva para que las usuarias aprendan a hacer la extracción manual, la conservación de la leche materna extraída y la administración de la misma con taza y/o cucharita?	SI	NO
6.7. ¿El personal del área asistencial informa a las madres y padres sobre la importancia de despertar al bebé, en las primeras semanas de vida, si duerme demasiado (3 horas o más seguidas)?	SI	NO
6.8. ¿El personal de salud capacita y hace seguimiento a la educación impartida a las madres para mantener la lactancia materna exclusiva en el momento del ingreso al trabajo fuera del hogar?	SI	NO
6.9. ¿El personal de salud que atiende en los servicios de salud y nutrición materna e infantil, brinda orientación efectiva a las madres, padres y cuidadores sobre los riesgos y la forma de identificar la malnutrición en la población menor de 2 años?	SI	NO
6.10. ¿El personal de salud de los servicios de odontología puede enunciar por lo menos tres ventajas de amamantar relacionadas con la salud bucal y además las desventajas del uso de chupos y biberones?	SI	NO
6.11. ¿El personal que atiende en los servicios de salud y nutrición materna e infantil, conoce las razones médicas aceptables[26] para prescribir alimentos diferentes a la leche materna?	SI	NO
6.12. ¿El personal médico y de enfermería conoce el manejo de los medicamentos para las madres en lactancia[27] y cómo intervenir médicamente sin desestimularla, en el caso de complicaciones?	SI	NO

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

6.13. ¿El personal que atiende madres, lactantes, niñas y niños pequeños informa y brinda orientación efectiva a las madres, padres y cuidadores/as sobre la forma de iniciar la alimentación complementaria adecuada, utilizando las pautas establecidas para lograr una alimentación perceptiva a partir de los seis meses de vida, a la vez que se continúa con el amamantamiento hasta los dos años o más?	SI	NO
6.14. ¿El personal que atiende madres, niñas y niños lactantes hace seguimiento sistemático a la comprensión de los mensajes sobre la alimentación complementaria adecuada que recibieron las madres, padres y cuidadores y a la forma cómo los están poniendo en práctica?	SI	NO
6.15. ¿El personal responsable de la sala de lactancia y quienes brindan ayuda directamente a las madres, puede demostrar que en los servicios de atención materna e infantil, urgencias, crecimiento y desarrollo y hospitalización no se promueve ningún sucedáneo de la leche materna, y que se da apoyo efectivo a las madres para mantener la lactancia materna, incluso en caso de separación forzosa?	SI	NO
6.16. ¿Conoce el personal de salud de la institución el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna, las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud y las normas nacionales que promueven, protegen y apoyan la lactancia materna?	SI	NO
6.17. ¿Las fórmulas artificiales o alimentos complementarios sugeridos para las niñas y niños menores de dos años de edad se prescriben en la institución como medicamento?	SI	NO
6.18. ¿Se reciben en la institución donaciones de alimentos para lactantes, niñas y niños pequeños, biberones, chupos o productos relacionados, material educativo y de promoción, u obsequios para las madres o el personal de salud, de parte de los laboratorios o de la industria de alimentos?[28]	SI	NO

6.19. ¿Cuenta la institución con material de apoyo, basado en Guías Alimentarias para el menor de 2 años para reforzar la educación impartida a las madres, padres y cuidadores que iniciarán el proceso de la alimentación complementaria adecuada con lactancia materna hasta los dos años y más?	SI	NO
6.20. ¿Conocen las madres los mecanismos de producción de la leche materna, la importancia de la frecuencia de las mamadas a libre demanda y qué significa una succión efectiva?	SI	NO
6.21. ¿Conocen las madres atendidas en la institución la importancia del calostro y el por qué del inicio temprano de la lactancia?	SI	NO
6.22. ¿Las madres de niñas y niños recién nacidos y lactantes menores de dos años, están en capacidad de demostrar cómo poner correctamente a la niña y al niño al seno y cómo extraerse manualmente la leche?	SI	NO
6.23. ¿Saben las madres la importancia de alimentar a sus bebés sólo con leche materna durante los seis primeros meses de vida, sin ningún otro alimento ni bebida?	SI	NO
6.24. ¿Conocen las madres la forma de iniciar la alimentación complementaria adecuada con lactancia materna hasta los dos años y más, y las pautas de la alimentación perceptiva[29] a partir de los 6 meses de edad de sus hijas o hijos?	SI	NO
6.25. Las madres, padres y cuidadores conocen los factores de riesgo y la forma de identificar la malnutrición en la población menor de 2 años?	SI	NO

7.1. ¿Cuenta la institución con un mecanismo verificable para favorecer el alojamiento conjunto de la madre y su niña o niño recién nacido?	SI	NO	NA
7.2. ¿Favorece la institución el alojamiento conjunto de madres, niñas y niños, aun en casos de hospitalización de ellas o de sus hijos/as?	SI	NO	NA
7.3. ¿El personal de salud de consulta externa, pediatría, salas de lactancia, urgencias y demás servicios que atienden madres, niños y niñas, conoce la importancia del alojamiento conjunto madre- hijos/as?	SI	NO	
7.4. ¿El personal de salud de consulta externa, pediatría, urgencias y demás servicios que atienden madres, niños y niñas, enseña a las usuarias y usuarios sobre su derecho a permanecer junto a sus hijos e hijas en caso de hospitalización?	SI	NO	
7.5. ¿Cuenta la institución con estrategias de información y educación para que la familia participe en el cuidado y alimentación de los recién nacidos y lactantes?	SI	NO	NA
7.6. ¿Permite la institución la presencia sin restricciones de la madre, del padre o de un familiar en caso de la hospitalización de niños y niñas?	SI	NO	NA
7.7. ¿Tiene la institución horarios flexibles para permitir que la madre o el padre acompañen a sus hijos e hijas en la unidad de cuidado intensivo neonatal o de recién nacidos?	SI	NO	NA
7.8. ¿El personal de salud pone especial atención en capacitar y educar a los padres sobre la importancia de su participación en el cuidado y la crianza de sus hijas e hijos?	SI	NO	NA
7.9. ¿Tiene la institución mecanismos incluidos en los parámetros de calidad que favorezcan condiciones de comodidad a las madres o acompañantes de las niñas y niños hospitalizados?	SI	NO	NA
7.10. ¿Conocen las madres, padres y familiares la importancia del alojamiento conjunto madre- hijo/a para favorecer el vínculo afectivo y la lactancia materna a libre demanda de día y de noche, sin horarios ni restricciones?	SI	NO	NA
7.11. ¿Conocen las madres su derecho a permanecer con su hijo/a en caso de hospitalización o cuando están en observación?	SI	NO	NA

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

8.1 ¿Aplica la institución las normas técnicas y guías de atención de crecimiento y desarrollo y aplica un protocolo de atención en la consulta externa para favorecer el desarrollo infantil temprano de las niñas y los niños menores de 6 años?	SI	NO	
8.2 ¿Tiene la institución estrategias para garantizar el control periódico de crecimiento y desarrollo de todos los niños y niñas menores de 6 años?	SI	NO	
8.3. ¿Tiene la institución un mecanismo establecido de coordinación con el ente de salud correspondiente y las aseguradoras que permita a las niñas y niños con alteraciones en su estado nutricional (malnutrición, anemia) recibir intervención integral oportuna hasta lograr su recuperación?	SI	NO	
8.4. ¿Tiene la institución un mecanismo establecido de coordinación con el ente territorial correspondiente y las aseguradoras que permita a las niñas y niños víctimas o en riesgo de maltrato recibir atención integral oportuna?	SI	NO	
8.5. ¿Durante los controles y las consultas de niños y niñas menores de seis años se hace seguimiento dinámico y sistemático del crecimiento y desarrollo según los estándares adoptados por el país y el marco de la política pública de primera infancia?	SI	NO	
8.6. ¿El personal de salud encargado de la atención de niñas y niños explica a las madres, padres y cuidadoras/es cómo evoluciona el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de acuerdo con los estándares adoptados por el país?	SI	NO	
8.7. ¿Durante los controles de crecimiento y desarrollo y/o las consultas de niños y niñas se hace seguimiento al registro civil, ambientes propicios para el desarrollo como ambiente sano y prevención de accidentes, entre otros?	SI	NO	
8.8. ¿Durante el control de crecimiento y desarrollo y/o las consultas a niños y niñas el personal de salud brinda educación a las madres, padres y cuidadores/as sobre factores protectores para la salud y nutrición, y en especial sobre pautas y prácticas de crianza que favorecen el desarrollo infantil temprano. Como por ejemplo: En salud, recomendaciones sobre vacunación, salud bucal, higiene y prevención de accidentes; en nutrición, amamantamiento, recomendaciones para la lactancia materna exitosa y la alimentación complementaria adecuada, la práctica intencional de interacciones positivas con las niñas y niños como acariciarlos, importancia del masaje infantil, hablarles, leerles cuentos y acompañarlos en los juegos?	SI	NO	
8.9. ¿El personal de salud que atiende el control de crecimiento y desarrollo y/o las consultas a niños y niñas orienta a las madres, padres y cuidadores/as sobre cuándo y cómo iniciar la alimentación complementaria adecuada y la continuidad del amamantamiento hasta los dos años y más?	SI	NO	
8.10. ¿Durante los controles de crecimiento y desarrollo y/o las consultas de niños y niñas menores de seis años se detectan oportunamente las alteraciones del crecimiento y desarrollo, se remite inmediatamente para su intervención oportuna y se hace seguimiento a esa remisión?	SI	NO	
8.11. ¿Durante el control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niños y niñas se orienta a las madres, padres y cuidadores sobre las desventajas de la utilización del chupo y el biberón y se brinda ayuda especial para las familias que los utilizan, permitiéndoles tomar decisiones informadas?	SI	NO	
8.12. ¿En el control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niñas y niños se pone especial atención a la desparasitación periódica y a la suplementación con micronutrientes?	SI	NO	
8.13. ¿El personal de salud que atiende el control de crecimiento y desarrollo y/o las consultas a niños y niñas conoce y aplica las Guías Alimentarias para la población Colombiana[36]?	SI	NO	
8.14. ¿En la consulta de control de crecimiento y desarrollo del niño sano o en otras consultas de pediatría, se evalúa la alimentación y en caso de ser diagnosticados con anemia o desnutrición se remiten para su intervención oportuna, se hace seguimiento del caso y se registra en la historia clínica?	SI	NO	
8.15. ¿En la consulta de control de crecimiento y desarrollo del niño sano o en otras consultas de lactantes y niñas y niños pequeños, se explica a las madres, padres y cuidadores/as la importancia de llevar a los niños y niñas a consulta de salud bucal, se les remite a ella y se hace seguimiento de su participación en la misma?	SI	NO	
8.16. ¿El personal de salud que atiende el control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niñas y niños, proporciona apoyo especial a aquellos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad como hijas e hijos de adolescentes, de familias en pobreza extrema, violencia intrafamiliar, madres cabeza de familia, desplazamiento, discapacidad, prematurez, niños y niñas con bajo peso al nacer o con afectación por VIH-SIDA, entre otros[37]?	SI	NO	
8.17. ¿En casos de enfermedad de las niñas y los niños menores de 6 años, el personal de salud que atiende servicios dirigidos a la primera infancia (consulta externa, urgencias, hospitalización, salas de lactancia, vacunación, consulta de pediatría y crecimiento y desarrollo), brinda información oportuna y sencilla a las madres, padres y cuidadores sobre cómo tratar la enfermedad, la importancia de incrementar la frecuencia de alimentación durante la convalecencia manteniendo interacciones positivas como caricias, juego, lectura y cantos? complementaria sin suspender la lactancia materna y mantener las actividades de estimulación, incluyendo el juego y la continuidad de la educación inicial entre otros?	SI	NO	
8.18. ¿Durante el control de crecimiento y desarrollo y/o las consultas a niños y niñas se revisa y diligencia sistemáticamente el carné de salud infantil?	SI	NO	
8.19. ¿La institución cuenta con mecanismos verificables para hacer seguimiento de la adherencia a las recomendaciones y educación impartida sobre la salud y nutrición infantil en el control de crecimiento y desarrollo y/o las consultas a niños y niñas?	SI	NO	
8.20. ¿El personal de salud que atiende el control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niños y niñas informa a madres, padres y familiares acerca de los mecanismos institucionales para contravuar brindando atención a sus hijas e hijos o para la remisión a otros centros?	SI	NO	
8.21. ¿Conocen y pueden informar las madres, padres y familiares que asisten con las niñas y los niños al control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niños y niñas, aspectos básicos sobre	SI	NO	

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

factores protectores para la salud y nutrición, y en especial sobre pautas y prácticas de crianza que favorecen el desarrollo infantil temprano. Como por ejemplo: En salud, recomendaciones sobre vacunación, salud bucal, higiene y prevención de accidentes; en nutrición, recomendaciones para la lactancia materna exitosa y la alimentación complementaria adecuada, y en educación inicial, la práctica intencional de interacciones positivas con las niñas y niños como acariciarlos, hablarles, leerles cuentos y acompañarlos en los juegos?			
8.22. ¿Conocen y pueden demostrar las madres que asisten con las y los recién nacidos al control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niños y niñas la técnica para amamantar: posición, agarre, succión efectiva, la extracción manual de la leche materna y la técnica de conservación y ofrecimiento con taza y cuchara de la misma?	SI	NO	
8.23. ¿Conocen las madres, padres y familiares que asisten con las niñas y los niños al control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niños y niñas específicamente sobre cuándo y cómo iniciar la alimentación complementaria adecuada para garantizar la continuidad del amamantamiento hasta los dos años y más?	SI	NO	
8.24. ¿ Las madres, padres y familiares que asisten con las niñas y los niños al control de crecimiento y desarrollo y las consultas de niños y niñas conocen sobre la existencia de redes/grupos institucionales y comunitarios de apoyo para el cuidado de niñas y niños en el hogar y en la comunidad y saben cómo contactarse con ellos?	SI	NO	
8.25. ¿Todos los niños y niñas menores de 6 años que son llevados a consulta externa o urgencias son valorados en forma integral, con los parámetros e instrumentos de la estrategia de AIEPI Clínico?	SI	NO	

9.1 ¿El personal de salud recibe capacitación en los principios básicos de derechos humanos, y los aplica en forma práctica durante la prestación de la atención, en el marco de la implementación o sostenimiento de la estrategia IAMI?	SI	NO
9.2. ¿El personal de salud tiene una actitud positiva para escuchar las preguntas y percibir las necesidades de madres e hijos/as les brinda información clara, veraz y objetiva para facilitarles la toma de decisiones y se asegura de que sus respuestas fueron comprendidas?	SI	NO
9.3. ¿El personal de salud brinda atención oportuna, cálida y eficaz a las mujeres víctimas de violencia física, sicológica o sexual?	SI	NO
9.4. ¿El personal administrativo conoce los mecanismos de atención a las mujeres víctimas de violencia y les da atención preferencial poniéndolas en contacto inmediato con el personal responsable de dicho procedimiento?	SI	NO
9.5. ¿El personal de salud presta atención especial a las mujeres que presentan algún tipo de discapacidad sea física, cognitiva o sensorial para asegurar la no discriminación y el disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos?	SI	NO
9.6. ¿El personal de la institución en su totalidad porta su carné, se identifica y mantiene una actitud amable y respetuosa frente a las y los usuarios, acompañantes y visitantes?	SI	NO
9.7. ¿Los servicios de la institución están debidamente iluminados, aireados y señalizados y las informaciones están escritas en lenguaje sencillo y comprensible para todas las personas?	SI	NO
9.8. ¿Tiene la institución dotación básica (sillas suficientes, sistema de asignación de turnos, baños adecuados, papeleras, puesto de información, servicios para facilitar el lavado de manos) para	SI	NO

garantizar la comodidad en salas de espera, servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias?		
9.9. ¿Dispone la institución de mecanismos que faciliten el acompañamiento de los padres y madres a las niñas y niños hospitalizados?	SI	NO
9.10 ¿Cuenta la institución con espacios adecuados para promover el derecho de las niñas y niños al juego en salas de espera y/o en las áreas de hospitalización?	SI	NO
9.11. ¿Ha creado la institución mecanismos que faciliten la atención oportuna, preferencial y no discriminatoria, durante la prestación de servicios a gestantes, madres, niñas y niños?	SI	NO
9.12. ¿Tiene la institución un protocolo de información con orientaciones básicas para las familias, que facilite los trámites administrativos y evite barreras innecesarias a la atención?	SI	NO
9.13. ¿El personal de salud dispone de material propio, que no hace alusión a ninguna empresa en especial, para su uso con las usuarias y usuarios (rotafolios, afiches, modelos de bebés, de glándulas mamarias, de tazas, curvas de crecimiento, tallímetros, hojas de prescripción médica entre otros)?	SI	NO
9.14. ¿La institución dispone de un salón cómodo, dotado de equipos audiovisuales (como VHS, DVD, video beam, proyector u otro), material audiovisual (videos, diapositivas, acetatos, para utilizar en las actividades grupales de promoción de otros), para utilizar en la lactancia materna y de la nutrición?	SI	NO
9.15. ¿En su relación con las madres, niñas, niños y familiares, la salud, la lactancia materna y de la nutrición?	SI	NO
el personal de salud utiliza lenguaje y prácticas no sexistas, y exclusiones?		
9.16. ¿El personal de salud le da explicaciones a las niñas y evitando discriminaciones y un lenguaje	SI	NO
9.16. ¿El personal de salud, utilizando un lenguaje niños sobre su estado de salud y condiciones?	SI	NO
9.17. ¿El personal de salud informa a las madres, padres, apropiado de acuerdo a su edad y los mismos niños y niñas sobre los cuidadores e incluso a los mismos niños teniendo en cuenta su cuidados de la salud y la nutrición teniendo en cuenta su cultura?	SI	NO
9.18 ¿La institución cuenta con servicios amigables de salud pertenencia étnica y les brinda atención sexual y reproductiva para adolescentes y las madres y sus familias que que responde a sus necesidades específicas?	SI	NO
9.19. ¿Manifiestan las gestantes,	SI	NO

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

10.1 ¿Cuenta la institución con grupos de apoyo comunitarios y/o institucionales formados y capacitados en temas relacionados con los derechos humanos, la salud y nutrición materna e infantil?	SI	NO	
10.2. ¿Hay participación de los grupos y/o redes de apoyo en el comité institucional?	SI	NO	
10.3. ¿Antes de ser dados de alta la madre y el niño o la niña, se informa a las madres y a sus acompañantes acerca de los mecanismos institucionales, para que puedan consultar y tener respuesta efectiva en caso de tener problemas con la lactancia materna y con los demás aspectos de salud y nutrición materna e infantil?	SI	NO	
10.4. ¿Para la capacitación de los grupos de apoyo comunitario en los diferentes temas de salud infantil y nutrición, existe coordinación con las Secretarías de Salud, las IPS, los Grupos Familia, Mujer e Infancia, FAMI, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, universidades y otros grupos u organizaciones que trabajen por la primera infancia?	SI	NO	NA
10.5. ¿En las actividades de capacitación a los grupos de apoyo se contemplan temas como consejería en lactancia materna, pautas y prácticas de crianza en áreas específicas de cuidados como alimentación, salud, hábitos de higiene, estimulación psicoafectiva, lenguaje (sonrisa, llanto, lectura), juego, reposo y sueño?	SI	NO	
10.6. ¿Tienen conocimiento las personas que conforman los grupos de apoyo sobre: pautas y prácticas de crianza en áreas específicas de cuidados como alimentación, salud, hábitos de higiene, estimulación psicoafectiva, lenguaje (sonrisa, llanto, lectura), juego, reposo y descanso?			
10.7. ¿En el puerperio, antes del alta de la institución y en la consulta posparto se le informa a la madre y a sus acompañantes sobre la existencia de los grupos y/o redes de apoyo y se le remite a ellos?	SI	NO	NA

10.8. ¿La institución publica el directorio de los grupos de apoyo e informa a las usuarias y usuarios sobre la existencia y funcionamiento de los mismos?	SI	NO
10.9. ¿Los coordinadores/as de los servicios de enfermería, nutrición, trabajo social, psicología y urgencias confirman que en caso de que la madre acuda a la institución por problemas relacionados con su salud o la de su hija o hijo, es atendida y se le resuelven las dudas efectivamente, y en ningún caso se le devuelve sin atención?	SI	NO
10.10. ¿Se hacen con periodicidad actividades de actualización y complementación de la capacitación a los grupos comunitarios y/o institucionales de apoyo?	SI	NO
10.11. ¿La institución favorece la integración de los diferentes grupos y/o redes de apoyo institucional y comunitario que implementan otras estrategias o intervenciones (lactancia materna, AIEPI, maternidad saludable, reducción de la transmisión perinatal del VIH y sífilis)?	SI	NO
10.12. ¿Cuenta la IPS con mecanismos de apoyo institucional para favorecer los cuidados en salud y nutrición a las madres y sus niñas y niños después de salir de la institución?	SI	NO
10.13. ¿Tiene la institución un mecanismo de seguimiento para apoyar a las madres a su salida del servicio de maternidad? (visitas domiciliarias promotor de salud, equipos extramurales, seguimientos telefónicos, etc.)?	SI	NO
10.14. ¿Conocen las madres, padres y familiares sobre la existencia de los grupos y/o redes de apoyo y la forma de contactarlos?	SI	NO
10.15. ¿La institución tiene en cuenta las propuestas de los grupos de apoyo comunitario y/o institucional para el mejoramiento de la atención en salud en la IPS?	SI	NO
10.16 ¿Los grupos de apoyo conocen los mecanismos de seguimiento para apoyar a las madres a su salida del servicio de maternidad?	SI	NO

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

Informe de los avances de los 10 pasos de IAMI

PASOS	DESCRIPCION	AVANCE	RESPONSABLE	FECHA	LUGAR
# 1	¿Dispone la institución de una política escrita que incluya los 10 pasos de la Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia IAMI	Se dispone de la Política escrita con los 10 pasos de la estrategia IAMI, en cada uno de los servicios del hospital Héctor abad gomez	Gerente y enfermera jefe coordinadora de pyp del hospital HECTOR ABAD GOMEZ	Diciembre 2024	Hospital Héctor Abad Gómez
# 2	¿Conoce el personal de la institución los 10 pasos de la estrategia IAMI y la forma de ponerlos en práctica?	Se dan a conocer la política institucional a través de los programas de inducción, información, capacitación sobre los 10 pasos del programa IAMI a todo el personal que labora y o ingresa a trabajar a la ips	Enfermera jefe coordinadora de pyp	Cada mes del año	Hospital Héctor Abad Gómez
# 3	Brindar a las mujeres gestantes y sus familias información educación y atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación prepararse para el parto el	La ips hospital Héctor abad Gómez - estableció estrategias verificables para realizar búsqueda activa de gestantes y socializarlas con todo el personal de la IPS, usuarios y	Enfermera jefe coordinadora de pyp	Cada mes del año	En todos los servicios del Hospital Héctor Abad Gómez

	puerperio y la lactancia materna	grupos de apoyo. -Crear la ruta de atención a la gestante en la institución. -Socializaron la ruta de atención con los funcionarios y grupos de apoyo comunitario.			
# 4	Garantizan la atención del parto con calidad y calidez y permiten el acompañamiento de alguien significativo para la madre dentro del ambiente	Al realizar auditoria del programa de control prenatal se tienen registro de la educación a la gestante sobre sus derechos a la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez, en un ambiente de respeto, libre de intervenciones innecesarias, donde prevalece el derecho a la intimidad	Enfermera jefe coordinadora de pyp	Cada mes del año	En todos los servicios del Hospital Héctor Abad Gómez

# 5	Ofrecen orientación y ayuda efectivas a la madre y al padre sobre la promoción, protección y atención en salud y nutrición de las madres y de los niños recién nacidos durante el posparto	Al realizar auditoria del programa de control prenatal y las valoraciones realizadas por el profesional en nutrición se observa registro de la educación a la gestante sobre la importancia y los beneficios de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del menor y sobre la alimentación complementaria después de los 6 meses.	Enfermera jefe coordinadora de pyp	Cada mes del año	En todos los servicios del Hospital Héctor Abad Gómez
# 6	Promoción y protección y apoyo efectivo en la práctica de la lactancia materna	Al realizar auditoria de los programas de crecimiento y desarrollo, control prenatal y las valoraciones realizadas por el profesional en nutrición se observa registro de la educación a la gestante sobre la importancia y los beneficios de la lactancia	Enfermera jefe coordinadora de pyp	Cada mes del año	En todos los servicios del Hospital Héctor Abad Gómez

		materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del menor y sobre la alimentación complementaria después de los 6 meses.			
# 7	Favorecer el alojamiento y el acompañamiento conjunto de la madre y el niño	En el hospital Héctor abad Gomes permiten el acompañamiento de la madre o el padre del recién nacido en casa de la necesidad de alguna hospitalización	Enfermera jefe coordinadora de pyp	Cada mes del año	En todos los servicios del Hospital Héctor Abad Gómez
# 8	Seguimiento sistemático al crecimiento y desarrollo de los niños	Al realizar la revisión de las cohortes de ciclos de vida de la 3280 en el cual está inmerso el programa de crecimiento y desarrollo se evidencia un seguimiento continuo y oportuno de asignación de las consultas y las atenciones tanto por medicina como por enfermería.	Enfermera jefe coordinadora de pyp	Cada mes del año	En todos los servicios del Hospital Héctor Abad Gómez

# 9	La institución de salud como un entorno protector y un espacio amigable	Se evidencia que el personal asistencial que labora en el hospital Héctor abad Gómez cuenta con el curso de humanización en los servicios de salud y adicionalmente se les capacita sobre los derechos y deberes de los usuarios	Enfermera jefe coordinadora de pyp	Cada mes del año	En todos los servicios del Hospital Héctor Abad Gómez
# 10	Cuidado de la salud y nutrición materna e infantil más allá de la institución de salud	El hospital Héctor abad Gómez cuenta con un directorio actualizado de los líderes comunitarios de apoyo y de los FAMIS de los diferentes corregimientos y veredas	Enfermera jefe coordinadora de pyp	permanente	En todos los servicios del Hospital Héctor Abad Gómez

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

INFORME CUANTITATIVO:

Actividad # 1

LUGAR	CANTIDAD
E.S.E. H.H.A.G.	13 personas
Total	**13 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	1 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 persona
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	12 personas
Total	**13 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	4 persona
Mujer	9 personas
Total	**13 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	1 personas
27-50 AÑOS	10 personas
Mayor de 50 AÑOS	2 persona
Total	**13 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	13 personas
Rural	0 persona
Total	**13 personas**

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

Actividad # 2

LUGAR	CANTIDAD
Hospital Héctor Abab Gómez	10 personas
Total	**10 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	1 personas
Victima	2 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	persona
Comunidades Indígenas	personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	7 personas
Total	**10 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	6 persona
Mujer	4 personas
Total	**10 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	3 personas
27-50 AÑOS	7 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 persona
Total	**10 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	7personas
Rural	3 persona
Total	**10 personas**

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

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS:











KATHERINE ALVAREZ MEZA
Enfermera jefe

Municipio de Yondó Antioquia

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ESTRATEGIA IAMI OPERANDO O SEGUIMIENTO DE LOS 10 PASOS. INFORME ACTIVIDADES.

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE

FECHA: 16-12-22

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	JAIRO ENRIQUE AGUITE	X			10144-22199		X							HHAG.	APOYO ADMIN	3107524519		
2	LUIS ORTIZ ORTIZ	X			1098366719							X		HHAG	MEDICO	3108		LUIS O.
3	LORENA PEÑALOZA V.		X		1098606379							X		HHAG	MEDICO	3205369735		LORENA.
4	KARLA MEJIA ROJAS		X		1024494297							X		HHAG	MEDICO	3218098019		K. MEJIA
5	ERICA QUINTANA Q.		X		1096783648							X		HHAG	ENFERMERA JEFE	3118078526		ERICA Q.
6	Paola Andrea Pardon		X	30	1098701723							X		HAAG	Aux Facturacion	3184200337		
7	LILEIDA RODRIGUEZ S.				32290982							X		HHAG				
8	Jose Miguel Robles V.	X			1096230411							X		HHAG	Aux. de Enfermeria	3153013241		
9	~~Ismael Duarte~~	X		57	3.557828							X		HHAG	AUX ENF	31476 61130		
10	Jaime Lopez V.	X		39	7300086289							X		HHAG	Nutricionista	3145336409		
11	Gisela P. Royet Meza		X		37578246							X		HHAG	Auxi. Administrativo	3186902444		
12	Yessica Vanegas B		X		1096237945							X		HHAG	Aux Enfermeria	3178879210		
13	Maribel Bolaño R		1		45400575							X		HHAG.	Serv g.	3124972310		
14												X						
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

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

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO	Código:	F-PE-GAC-DAM-01
	Fecha de Aprobación :	21/02/2024
FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
	Paginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ESTRATEGIA 1 3 en 1 ENCARGADO SEGUIMIENTO DE LOS 10 PASOS, INFORME ACTIVIDADES

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: ENFERMERA JEFE

FECHA: 20-12-24

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	PAULINA GALINDO LINDO		X		51 550 51.							X		HHAG		3107524519		
2	CARMEN GUTIERREZ MONSALVO		X		51675574							X		HHAG		3005741931		
3	MONICA RODRIGUEZ		X		52 053782	X								HHAG		3122354912		
4	LUZ MERY ALARCON.		X		52056763							X		HHAG		3203229052		
5	HUMBERTO SANCHEZ	X			79709766							X		HHAG		3205769766		
6	WILLIAM BECERRA	X			79939851							X		HHAG		3112227000		
7	OSCAR TULIO ROBERTH	X			19357651							X		HHAG		3219505226		
8	MAURICIO ARBOLEDA	X			79979918							X		HHAG		3124695460		
9	DOUGLAS PEDROZO	X			1113769771							X		HHAG		3229309266		
10	JUAN PABLO LOZANO	X			79920938							X		HHAG		3218083396		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

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

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

TEMA O ACTIVIDAD:

Encuentro educativo para promocionar el plato colombiano saludable

LUGAR:

Casa de la cultura del municipio de Yondó – Antioquia

POBLACIÓN:

Propietarios de restaurantes y empleados de los restaurantes del municipio

RESPONSABLE:

Equipo PIC

OBJETIVO:

Orientar a los Propietarios de restaurantes y empleados de los restaurantes del municipio sobre la adecuada distribución de alimentos teniendo en cuenta la clasificación de los mismo según las guías GABA de población colombiana para mayores de 2 años con estado de salud sano, para ayudar en la mitigación de las complicaciones nutricionales que desencadenan alteraciones metabólicas y patologías crónicas no transmisibles.

CONVOCATORIA:

Se realizo de forma presencial invitación a los propietarios de restaurante y sus trabajadores del municipio de Yondó – Antioquia, donde se le invitaba al encuentro educativo para promocionar el plato colombiano saludable, que se realizaría en la casa de la cultura el día 16 de diciembre del presente año en el horario de 3 a 5 pm.

DESARROLLO DE ACTIVIDAD:

Luego de la invitación días previos a la actividad y llegado el día horas antes al desarrollo del evento, se organizó el lugar con globos y cadenetas para hacer más llamativo el espacio, además de realizar toda la conexión audio visual que ayudaría en la ejecución de la actividad.

Llegada la hora de iniciar la actividad, los invitados que fueron llegando se les orientaba donde sentarse. Cuando la mayoría de los invitados llegaron pasado 10 minutos de la hora de inicio, se expresó la bienvenida al evento y se dio a conocer el itinerario.

Acto sequio por parte del Nutricionista del programa PIC del HHAG encabezó el taller del plato saludable, donde inicialmente explico algunos conceptos y paso a la realización de una evaluación previa de conocimientos, utilizando el bosquejo del plato saludable en tamaño grande y repartió a la población participante fichas de alimentos de todos los grupos que existen, para que según los conocimientos de cada persona fueran aplicados y colocaran dichas fichas en los lugares o espacios del plato donde creerían que corresponderían cada alimento.

Después de la apreciación inicial del plato saludable según los conocimientos de cada participante, se realizó la charla enfocada a la importancia del plato saludable y su utilización para prevención de complicaciones nutricionales y médicas. Hablando un poco de historia sobre la clasificación de los grupos de alimentos a nivel general y el consenso de la creación del plato saludable en Colombia en el año 2015 por parte del ICBF y FAO, creando las guías GABA para la población colombiana mayores de 2 años sana.

Posteriormente se habló sobre la clasificación de los nutrientes, aporte calórico, función y origen, para dar paso a la clasificación de los alimentos expresada en el plato saludable, el cual se distribuye en 6 partes (grupo de los cereales, raíces, tubérculos y plano, grupo de frutas y verduras, que son característicamente los más grandes, grupo de leche y productos lácteos, grupo de carnes, huevos y leguminosas secas, grupos de las grasas y el grupo de los azucares), pero sin dejar de lado el consumo de agua y el ejercicio.

La clasificación expresada anteriormente es con el ánimo de refrendar la importancia de realizar una alimentación saludable que cumpla con 5 criterios, los cuales son:

- ✓ SUFICIENTE (Cantidad)
- ✓ EQUILIBRADA (Todos los nutrientes)
- ✓ VARIADA (Todos los grupos)
- ✓ INOCUA (Libre de M.O.)
- ✓ CALIDAD (Características organolépticas)

Paso seguido a dar a conocer la clasificación de los alimentos, su importación del tamaño, variedad, tipos de preparación, teniendo en cuanto las BPM y calidad de los alimentos, se realizó nuevamente el taller con los participantes de armar el plato saludable entregándoles las fichas de alimentos para que los distribuyeran según lo visto en la charla. Si al inicio de la evaluación los participantes clasificaron los alimentos de una forma errónea, luego al final entendieron que alimento hace parte de cada grupo y su importancia de manjar las cantidades y frecuencias de los mismos, sabiendo que entre ellos se pueden variar; Quedando así la evaluación final con un solo error que fue corregido por otra persona.

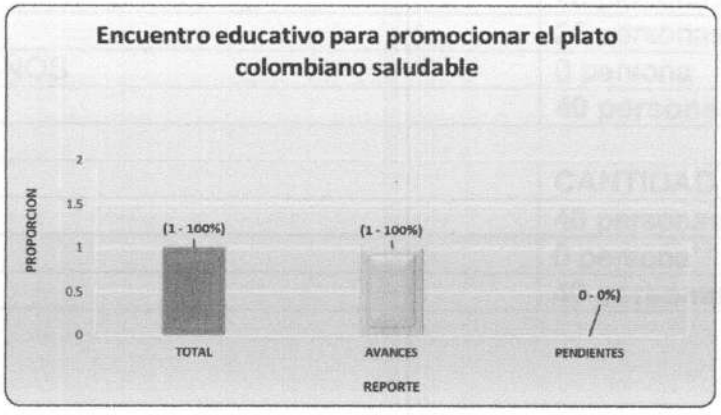
En la actividad hubo apoyo de logística, organización, decoración, audiovisuales, acompañamiento y orientación por parte de los demás miembros del equipo PIC, logrando así que la actividad se diera en términos satisfactorios.

RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ Orientación, educación en la clasificación de los alimentos en los participantes según las guías GABA de la población colombiana mayor de 2 años, buscando mejorar los conocimientos de los propietarios de restaurantes y vendedores de alimentos, para que ayuden a mitigar las complicaciones nutricionales y medicas generadas por hábitos alimentarios inadecuados y así mejorar la condición de salud de otros con situaciones desfavorables.
- ✓ Los participantes se comprometieron en incentivar en sus restaurantes y negocios, las 5 características de una alimentación saludable.

INDICADOR:

Encuentro educativo para promocionar el plato colombiano saludable		
Total	Realizadas	Pendientes
1	1	0
100%	100%	0%



ANÁLISIS:

Como se observa en la gráfica, en el mes de noviembre se realizó el encuentro de saberes nutricionales, con el ánimo de promocionar el plato saludable, dando cumplimiento al 100% de la actividad propuesta.

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

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS:



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

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

KATHERINE ALVAREZ
Enfermera profesional

ALFONSO FAJARDO
Instructor físico

SAMUEL TORRES
Nutricionista

MILEIDY PINZON
Psicóloga

VIVIANA NAVARRO
Auxiliar de enfermería

JHONATHAN LONDOÑO
T.S.Ocupacional

CARLOS MENDOZA
Auxiliar de enfermeria

RAFAEL OSPINO
Auxiliar de enfermeria

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCIO[illegible] CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Encuentro educativo para Promocionar el Plato Colombiano Sabados

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Equipo PIC

FECHA: 16/12/2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Jorge Albeiro Sojonero	X		18	1096801724							X	U. norte		Estudiante	3161406577		Jorge S.
2	Horol Moro	X		30	1042212927		X						Brisas		Of varios	3162077335		HyMM
3	Cyrson A. Flores Montes	X		26	1042214745			X					Progreso		H. campo	3142703545		CFlores
4	Liliana Ayleda Ortega		X	25	1036225001							X	Central		A. Cero	3161045922		Liliana
5	Ivis Castro Moreno		X	26	1193033864	X							Barrio A.		HSO	3158929888		Ivis
6	Johana Sofia Benavides		X	27	1042214235							X	Brisas		Docente	3157344050		Johana B
7	Yenina Guerrero		X	33	1042211995		X						Progreso		Ama de casa	3133086984		Jessica Flores
8	Ana M Perez Lopez		X	22	1007633413							X	25 de enero		Independiente	3104440932		Ana Perez
9	Cristian Flores	X		27	1005176896							X	N. esperanza		Of varios	3165566929		Cristian F
10	Jhon Morales	X		36	1042875921							X	25 de enero		Of varios	3103004644		
11	Juan camilo lopez	X		20	Bco Bajo							X	1047030445		Of varios	3004019223		Juan
12	Yoselfi Toro Zona Estrada		X	18	1096190787								Bco Bajo		Estudiante	N.D.		Yoselfin
13	Melissa Garcia Uribe		X	19	1096181988							X	B/Bajo		Of varios	3123687459		Melisa
14	Homer Toro	X		33	1096186363	X							Pto Nuevo		Agricultor	3148195849		
15	Fulberto Torres	X		37	1050574507	X							Pto Nuevo		Agricultor	3133746377		Fulberto
16	David Ballesteros	X		29	1042213431							X	Progreso		Of varios	N.D.		David
17	Cristian Rodriguez	X		29	1046233172							X	B/Bajo		Lux cont	3102502403		
18	Elian Jimenez Ballesteros	X		23	1096190181							X	B/Bajo		Docente	3103206633		Elian
19	Keiner Jose Galvan Ramos	X		18	1067032697	X							U. norte		Of varios	3157515683		
20	Patricia Fuentes		X	19	1052953183							X	B/Bajo		Estudiante	3219930406		Patricia

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

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

Municipio de Yondó Antioquia	GESTION DE ATENCIC CIUDADANO	Código:	F-PE-GAC-DAM-01
		Fecha de Aprobación :	21/02/2024
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
		Paginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Encuentro educativo para promocionar el plato Colombiano saludable	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 016 - 2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	EQUIPO PIC		
FECHA:	16/12/2024		

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	David Plaza Porto	X		20	1050543415		X						Prado		Of. varios	3102431150		X David Plaza
2	Brayan Corredoff	X		24	1005179578							X	Progreso		of. varios	3008461133		X
3	Diego Armando Ramírez	X		22	1103672216		X						Progreso		obrero	3102573724		X Diego Ramirez
4	Carlos Rodriguez	X		42	17481849							X	25 de enero		obrero	3188645754		X Carlos R.
5	Diego A. Jerez Chacón	X		17	1042242452							X	Villamaria		Estudiante	3023833176		X Diego Jerez
6	Jeimi Ortega		X	26	1042214307							X	la Condor		Estudiant	3162470328		X Jeimy Ortega
7	Jeiner Hurtado	X		30	1096228896		X						la Condor		Estudiant	213768497		X
8	Luis Acosta Ruiz	X		49	15451906							X	X10		of. varios	NT		X Luis Acosta
9	Mirlet Rodriguez Ramos		X	48	3133189508							X	Progreso		Ama de Casa	3133189508		X Mirlet Rodriguez
10	Fernando Romero Ruiz	X		36	1096194164							X	Paraiso		of. const	3246832695		X Fernando
11	Nestor Morales	X		22	1001815693							X	Progreso		Cocinero	3182375505		X Nestor M.
12	Yolaidi Cardenas		X	41	21950838	X							La America		Ama de Casa	3153343805		X Yolaidis Cardenas
13	Javier Jaramillo	X		37	1102230141							X	La Americas		of. varios	3178481964		X
14	Martha Cordoba Morales		X	46	37575673							X	Progreso		Ama de Casa	3167547509		X Martha cordoba
15	Alexandra Navarro		X	23	1001815534	X							Prado		Niñera	3183057613		X Alexandra
16	Angélica Mora	X		32	1096219204	X							Brisas		Ama de Casa	3164122725		X Angelica
17	Lisben Florez Serrano		X	23	1001814737	X							Brisas		Estudiante	3157670167		X Lisben F.
18	José Luis Diaz Morales	X		28	1042213677							X	23 de julio		obrero	3128977701		X Jose Diaz
19	Jhon Alex Galvis	X		27	1042214721							X	23 de Julio		Obrero	3156567457		X Jhon Galvis
20	Elizabeth Morales Ortega		X	25	1042214983							X	Progreso		Independiente	3185432137		X

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

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

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

TEMA O ACTIVIDAD:

Campaña educativa para promocionar el carrusel de la alimentación saludable a la población Yondosina y a los padres de familia de los 14 hogares comunitarios del municipio de Yondó.

LUGAR:

Parqueadero del coliseo Benito Arias del municipio de Yondó – Antioquia

POBLACIÓN: Población en general

RESPONSABLE:

Equipo PIC

OBJETIVO:

Brindar información referente a la clasificación de los alimentos según su contenido nutricional y su importancia según función, para educar a la población Yondosina en la selección de los alimentos a la hora de escoger su alimentación asegurando así una nutrición saludable que previene complicaciones patológicas o enfermedades crónicas o no transmisibles, causadas por inadecuados hábitos alimentarios.

CONVOCATORIA:

Se realizo articulación con los actores del programa Hogares comunitario de forma presencial y población en general a través del voz a voz, la cual fue programada para el día 03 de diciembre en el horario de 5 pm detrás del coliseo Benito Arias.

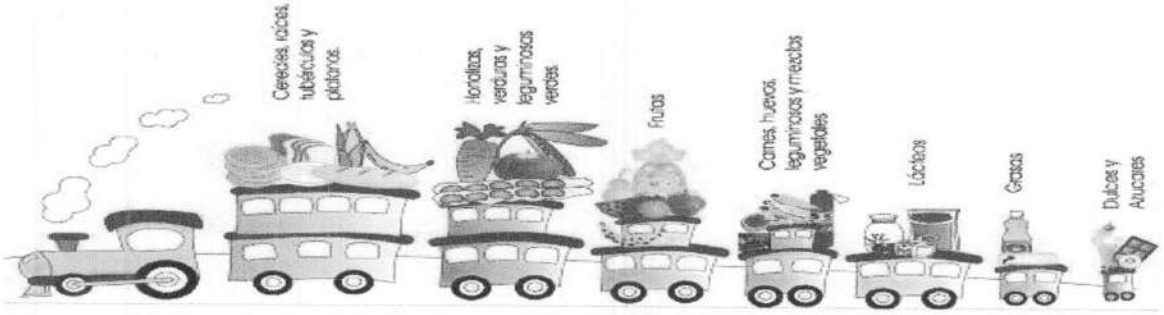
DESARROLLO DE ACTIVIDAD:

Como estrategia educativa y formativa en referencia al carrusel de la nutrición, en cada vagón se disponía de un alimento característico del grupo de alimentos contando con que son 7 grupos (Cereales, Vegetales, Frutas, Proteínas, lácteos, grasa y dulces) y en la cabina del tren se encontraba la enfermera Angelica y el Nutricionista Samuel explicando el propósito de la actividad, los auxiliares de enfermería tomando asistencia y la Mileydis entregando una bolsa y orientando a las personas en el secuencia de la actividad para lograr el objetivo informativo y educativo de realizar una alimentación saludable y acorde a los condiciones de cada persona.

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

En los siguientes 7 stand se ubicarán los vagones del tren de la alimentación referenciado por la guía alimentaria para la población colombiana, con el fin de que cada participante o grupo de participantes reciba la información del grupo de alimento por el cual está pasando y un alimento del grupo, que lo introduciría en la bolsa o recipiente entregado en el primer stand, terminando con minimercado.

El **tren alimenticio** es la clasificación de los alimentos de acuerdo con su contenido nutricional. Su objetivo es lograr un consumo saludable. Al conocer mejor los productos y su aporte, es más fácil seguir una dieta equilibrada, que contenga las sustancias de todos los grupos (vagones), que el cuerpo necesita a diario.



El primero es el de los cereales, tubérculos y plátano; el segundo corresponde a las verduras, hortalizas y leguminosas verdes; sigue el tercero con las frutas; el cuarto con carnes, huevo y leguminosas secas; en el quinto están los lácteos; en el sexto las grasas y en el séptimo o último vagón, los azúcares.

finalizando la reunión se les adjudico un vagón de alimentos a cada actor participante buscando su interacción con la población; para lo cual se les entrego una guía informativa que contenía en detalle los 7 grupos de alimentos, su contenido e importancia de su consumo y la prevención de del exceso de algunos, que por salud no se deben ingerir en altas cantidades.

Durante la invitación de algunos lideres comunales por medio de oficios, también se solicitó el préstamo de 8 mesas rimax que pertenecen al centro vida Canitas Sabias, las cuales se decoraron con cadenetas, corrales de hechos con cartón, papel crepe, la cabina y las ruedas del tren también fueron creadas con cartón. Para la decoración se solicitó apoyo de los diferentes programas articulados, los cuales estuvieron a disposición para colaborar la ejecución del carrusel.

Llegado el día de la actividad, 03 de diciembre, se dispusieron los vagones decorados en una hilera unidos como un tren, con cadenetas de colores, en el parqueadero del coliseo Benito Arias, buscando la sombra que brindaba el techo del coliseo con el fin de ofrecer un espacio amplio y fresco para la población. Además de la decoración se llenaron los vagones con alimentos característicos de

cada grupo de alimentos, de la siguiente manera: en el segundo vagón se encontraba el grupo de los carbohidratos complejos, por lo tanto tenía 100 paquetes de fideos, en el tercer vagón estaba el grupo de los vegetales en el que se entregaría 2 zanahorias medianas por cada persona, en el cuarto vagón estaría el grupo de las frutas, en el que se entregarían 100 mandarinas y 100 bananos, en el quinto vagón se encontraba el grupo de las proteínas, y se entregarían 100 atún enlatados, sexto vagón estaría el grupo de los lácteos y derivados, donde se entregaría 100 bolsas de avena liquida pequeña, séptimo vagón estaría el grupo de las grasas y se entregarían 100 frasco pequeño de aceite vegetal y en el último vagón se dispondría para el grupo de los dulces y azucares, donde se entregarían 100 dúos de panelas pequeñas. Cabe resaltar que como complemento de la actividad se contó con un espacio para hablar a la comunidad sobre la importancia y los beneficios del consumo del agua y de la actividad física para la salud y como complemento de una adecuada nutrición.

Al momento de la actividad se realizó la presentación por parte del Nutricionista Samuel Torres, dando la bienvenida a través de un micrófono y explicándole a los participantes el propósito de la actividad y dando instrucciones sobre la ruta a seguir y el objetivo de socializar en forma dinámica el carrusel de la nutrición.

Al finalizar el recorrido de las personas por los vagones, el instructor físico del PIC, Alfonso Fajardo y la enfermera Katerine Alvarez, reunían pequeños grupos de personas y brindaba información sobre la importancia de consumir agua y realizar actividad física, los cuales son fundamentales para mantener un funcionamiento adecuado del organismo; posteriormente se realizaba una actividad lúdica de movimiento con el objetivo de incentivar a la comunidad a realizar actividad física.

Durante la actividad se compartió con cada actor una torta y una gaseosa, además se entregó hidratación. Para el cierre de la actividad la coordinadora del PIC dirigió unas palabras de agradecimiento por la participación de la comunidad y el compromiso por parte de los actores vinculados, además se incentivó a los programas a seguir apoyando las actividades del PIC.

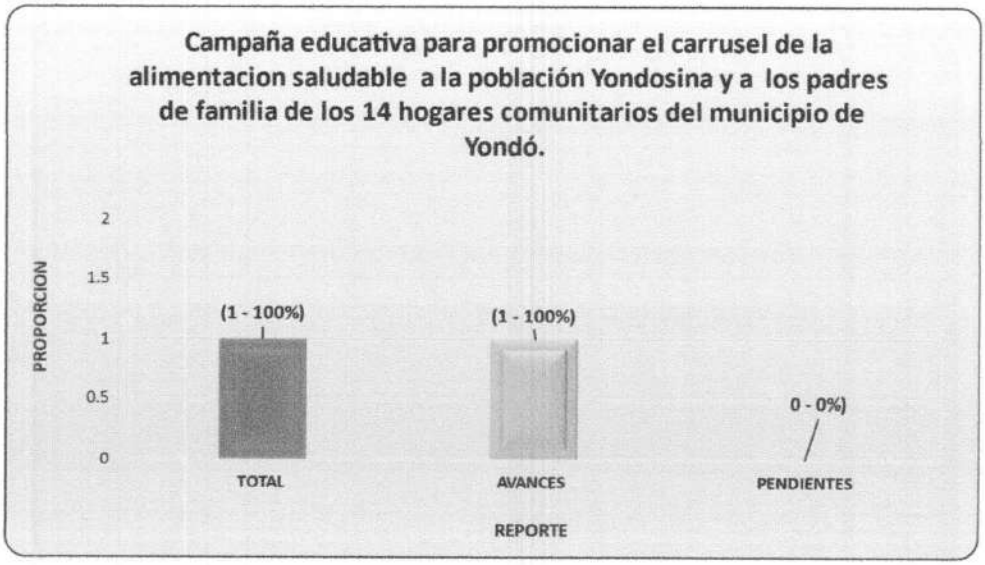
RESULTADOS O LOGROS:

Orientación, educación y guía en la selección de los alimentos en la población participante, buscando mejorar sus hábitos alimentarios para prevenir patologías crónicas o mejorar la condición de salud de otros con situaciones desfavorables que se pueden mitigar con la corrección de un mejor esquema alimentario.

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

INDICADORES:

Campaña educativa para promocionar el carrusel de la alimentacion saludable a la población Yondosina y a los padres de familia de los 14 hogares comunitarios del municipio de Yondó.		
Total, de actividades	Actividades realizadas	Actividades pendientes
1	1	0
100%	100%	0%



ANÁLISIS

Como se observa en la gráfica, el mes de diciembre se realizó la elaboración y socialización del carrusel de la nutrición, actividad que se realizara con Stan nutricionales en los cuales participaran los actores del programa Hogares comunitarios, los padres de familias beneficiarios y comunidad en general, dando cumplimiento al 100% de la actividad propuesta.

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

INFORME CUANTITATIVO

LUGAR	CANTIDAD
Parqueadero del Coliseo Benito Arias	79 personas
TOTAL	**79 personas**

CONDICION	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	58 personas
Victima	24 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	13 personas
Total	**95 personas**

GENERO	CANTIDAD
Hombre	28 personas
Mujer	51 personas
TOTAL	**79 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	4 personas
27-50 AÑOS	18 personas
Mayor de 50 AÑOS	59 personas
Total	**79 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	79 personas
Rural	0 personas
TOTAL	**79 personas**

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

KATHERINE ALVAREZ
Enfermera profesional

ALFONSO FAJARDO
Instructor físico

SAMUEL TORRES
Nutricionista

MILEIDY PINZON
Psicóloga

VIVIANA NAVARRO
Auxiliar de enfermería

JHONATHAN LONDOÑO
T.S. Ocupacional

CARLOS MENDOZA
Auxiliar de enfermeria

RAFAEL OSPINO
Auxiliar de enfermeria

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCIC CIUDADANO	Código:	F-PE-GAC-DAM-01
	Fecha de Aprobación :	21/02/2024
FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
	Paginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Compaño educativo Para Promocionar el consumo de la alimentacion saludable a la poblacion Yondoseña y a los Padres de familia de las 14 Hogares Comunitarios	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 016 - 2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Equipo PIC		
FECHA:	03 / 12 / 2024		

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Judit Patricia Franco		X	21	1001815805	X							Los Vegas		A. casa	3232819854		Judith Patri
2	Mary Aguilar Cantero		X	62	37927112							X	La paz		A. casa	3116884318		Mary Aguil
3	Magda Corcomo		X	67	37732352	X	X						Caiton		A. casa	3202248580		X
4	Hernando Castaño Corcomo	X		23	1005188589	X							Caiton		Of varios	N.D.		X
5	Yany Olaly Pedo		X	84	21830596	X							Los Naranjos		A. casa	3152711781		X
6	Yolanda Osorno		X	63	42078302	X	X						Brisas		A. casa	3012813340		Yolanda os.
7	Hadrian Lopez Ruiz	X		72	9783719	X							Esperanza		Sin Act.	3204870417		Adrian R
8	Mercedes Montes		X	72	23147319	X	X						U. nueva		A. casa	3206129865		Mercedes M
9	Jorge Alvarez	X		60	3672296		X						OPB casado		Albañil	3112590774		JG & J Alv
10	Constanza Rodriguez		X	50	63464813	X	X						OPB casado		A. casa	3112590774		CONSTANZA
11	Alejandro Gomez	X		61	91421827							X	Prado		Of varios	3112430450		Alejandro
12	Amirto Gomez Olaya		X	39	1001814901	X							Prado		Sin act	3112430450		X
13	Sara Martinez Gamboa		X	80	37918887	X							Centro		A. casa	3164409033		X
14	Evelio de Jesus Zapata	X		52	71188247	X							455		Sin Act.	3118772993		X
15	Libardo Martinez	X		74	13878859	X							Prado		Of varios	N.D.		X
16	Libardo Parra Jaramillo	X		68	71180181	X	1						Naranjos		Pescador	3017504934		X
17	Reinaldo Parra Jaramillo	X		68	71180190	X	X						Naranjos		Sin Act	3017504934		
18	Rosa Moo Paez		X	61	63462521	X							Brisas		A. casa	3165339601		X Rosa Paez
19	Miguel Rodriguez	X		71	3557305	X							Casco de		celador	3232819854		X M R M
20	Ana Cortes de Bedoya		X	78	28009684	X							Centro		A. casa	3118841888		X

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

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIU[illegible]NO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Campaña educativa para promocionar el carrusel de la alimentación saludable a la población Yondosina y a los padres de familia de los 14 hogares comunitarios del municipio de Yondó.
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Equipo PIC
FECHA:	3 de Diciembre 2024
DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC
	016-2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Emiro Rafael Camacho Villa	X		47	7642406	X							el paraiso		O. Varios	3125264790	No tiene	Emiro
2	Jesus Antonio escalante Diaz	X		65	13892879	X							KM -3		O. Varios	3157645355	No tiene	Jesus
3	Argemiro Plazo Oquendo	X		77	10992454	X							Bcentral		Sin Activ.	3244594352	No tiene	Argemiro
4	Absalon Ortiz	X		63	16340895	X							N. esperanza		O. Varios	No tiene	No tiene	Absalon
5	Estella Ochoa de Caballos		X	79	21928712	X							Gaidem		O. Varios	3146591770	No tiene	Estella
6	Rodulfa Leon Bohorquez		X	55	21950164	X							el prado		A de casa	3003661061	—	Rodulfa
7	Rodulfa Leon Bohorquez		X	55	21950164	X							El Prado		A de casa	3112430450	—	Rodulfa Leon
8	Emilia Coomarro Rueda		X	68	37916179		X						Central		A. de casa	3122979305	—	Emilia
9	Comen Teresa chaparro Chacon		X	62	28332822	X							la española		A de casa	3015887597	—	Teresa
10	Adriana Cruz G.		X	44	21950699		X						Central		Enfermera	3153309016	—	
11	Ana Joaquina Diaz		X	82	30304371	X							3 de octubre		A de casa	No tiene	—	
12	Ana Joaquina Diaz		X	82	30304371	X							3 de octubre		A de casa	3172718080	—	
13	Maria Edith Benitez		X	50	21950651	X							23 julio		A. casa	3183553028	—	Maria Edith
14	Aminta Gomez Holguin		X	39	1001814901	X							V. el prado		A. casa	3124304560	No tiene	Aminta
15	Ximara Sanchez		X	55	21950764	X							V. El prado		A. casa	3003661061		
16	Leonidas Antonio Mazo	X		69	10993975	X							3. Octubre		Agricultor	3172718080		Leonidas
17	Mercedes Rincon		X	41	52.811785						X		N Esperanza		A casa	3005702440		Mercedes R
18	Sandra Bernal		X	28	1096214444						X		N Esperanza		A casa	3234869010		Sandra Bernal
19	Beatriz Elena Vargas		X	43	37535255						X		N. Esperanza		A casa	3218088683		Beatriz E
20																		

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

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

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

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F PT CAC DAM 01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Campaña educativa para promocionar el carrusel de la alimentación saludable a la población Yondosina y a los padres de familia de los 14 hogares comunitarios del municipio de Yondó.
DEPENDENCIA RESPONSABLE:	016-2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Equipo PIC
FECHA:	3 de Diciembre 2024

Item	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Nancy Marlene Navarro		x	71	37.918353	x							23 Julio		A cosa	No tiene		
2	Ramiro Sanchez	x		67	5.039973		x						Villa Maria		Publicidad	3124876125		
3	Maira Edith Benites		x	50	21 950651	x	x						23 Julio		A. cosa	3183553028		
4	Maria del carmen Aguilar		x	68	30 340739	x	x						Buenos Aires		A cosa	3188168453		
5	Fidel Cubides	x		67	13890920	x							Victoria		Dvomos.	3172306478		
6	Jose leon	x		80	5956457	x							Victoria		Sin Act	3172306478.		
7	Joselin lopez	x		85	2'834785	x							Gaitan		Sin Act	3118068588.		
8	Estela Ochoa		x	79	21928712	x							Gaitan		A cosa	3146591770		
9	Saul moreno Rodriguez	x		59	15451618	x							Central		Sin Act	3104990648		
10	Ana maria Gonzalez B		x	86	28.309426	x							Progreso		Sin Act	3011352882		
11	Dagoberto leon Gonzalez	x		68	5714905		x						la Paz		b. vonos.	3165322903		
12	Erasmo Sindoval	x		85	3553.181	x	x						3 oct		Sin Act	3166039405		
13	Blanco Castillo		x	73	24.711692	x							30ct		Sin AC	3166211302		
14	Bertha Dolis Rodriguez		x	63	63463385	x							Brisas		A Cosa	3158611692		
15	Gladys nino		x	67	37222289	x							Gaitan		A. cosa	3154688105		
16	Juan Carlos Cortes	x		47	15452.424	x							Gaitan		Sin Act	3154688107		
17	Elisabet mantilla		x	68	37515110							x	Progreso		A cosa	3209666699		
18	Dalgi Almendrales		x	65	63.456271		x						Progreso		A cosa	3118197774.		
19	Diana Bayona		x	41	63.468726							x	Centro		A cosa	3145617957		
20	Andrea Navarro		x	23	1000147230?							x	Central		Estudiant	3203523901		

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

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

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

DIMENSIÓN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

TEMA O ACTIVIDAD:

Información en Salud mediante 2 talleres participativos de socialización en la Estrategia AIEPI y adecuada alimentación, actividad dinámica integrando todos los demás actores municipales. 1 en la zona urbana programa arruyos y uno rural en la vereda San Luis.

POBLACIÒN:

Gestantes y lactantes de la población de la vereda San Luis Beltrán y área urbana

RESPONSABLE:

Enfermera jefe-Katherine Álvarez Meza

OBJETIVO:

Socializar a las gestantes y lactantes la estrategia de Atención Integrada en las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, al mismo tiempo educar a las madres sobre prácticas de cuidado y alimentación tanto del lactante como del niño pequeño, con el fin de mejorar la calidad de los cuidados en el hogar y de esta manera disminuir la mortalidad y la morbilidad de los niños entre los cero y cinco años.

FORMA DE CONVOCATORIA:

Se realiza convocatoria a través de los presidentes de junta de acción comunal, de las veredas y barrios a través de oficio.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

La actividad se realizó al interior de una vivienda ubicada en el barrio Cantarrana, el lugar contaba con las condiciones para la comodidad de las personas, a la población gestante y lactante que participan del grupo arruyos.
Para dar inicio con el taller la enfermera se dirigió a los participantes dando un saludo y explicando el propósito del programa PIC, quien continuo con una dinámica rompe hielo. Primero nos presentamos y se habló de las experiencias que han vivido como papas, seguido iniciamos hablando de la estrategia AIEPI, significado de sus siglas y el desarrollo de la temática como tal que incluía concepto, se explicó a las madres el valor de la alimentación adecuada según la etapa de la vida en relación con la prevención de enfermedades que se generan durante la infancia, como las enfermedades infecciosas, tales como diarrea, otitis, infecciones de vías

respiratorias y asimismo su importancia con el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños, logrando de esta manera incrementar sus conocimientos con respecto a los cuidados del niño menor de 5 años, como lo indica la estrategia AIEPI "Atención Integral de las Enfermedades Prevalente de la Infancia", que además, permite disminuir la mortalidad, morbilidad y discapacidad, promoviendo a través de la educación al desarrollo de una población sana, fuerte, llena de habilidades y fortalezas que contribuyan con el crecimiento del municipio en el futuro involucrando tanto a las familias, comunidades y actores sanitarios, con el ánimo de crear consciencia y el bienestar general.

En este espacio también se recalcó la importancia de la lactancia materna y la adecuada alimentación complementaria, enfatizando en las madres que no se debe dar ningún tipo de alimento tanto liquido como solido durante los primeros seis meses de vida ya que la leche materna le provee al bebe todos los nutrientes y el agua que necesitan.

También se despejaron dudas con respecto a los temas mencionados dando lugar a la participación de la población que asistió y aclarando mitos y verdades que surgieron al momento de la actividad. Se logro concientizar a las participantes con el fin de que apliquen lo aprendido en el hogar para que sus hijos puedan tener una infancia con buena salud y un adecuado crecimiento y desarrollo, por último, terminamos con un refrigerio.

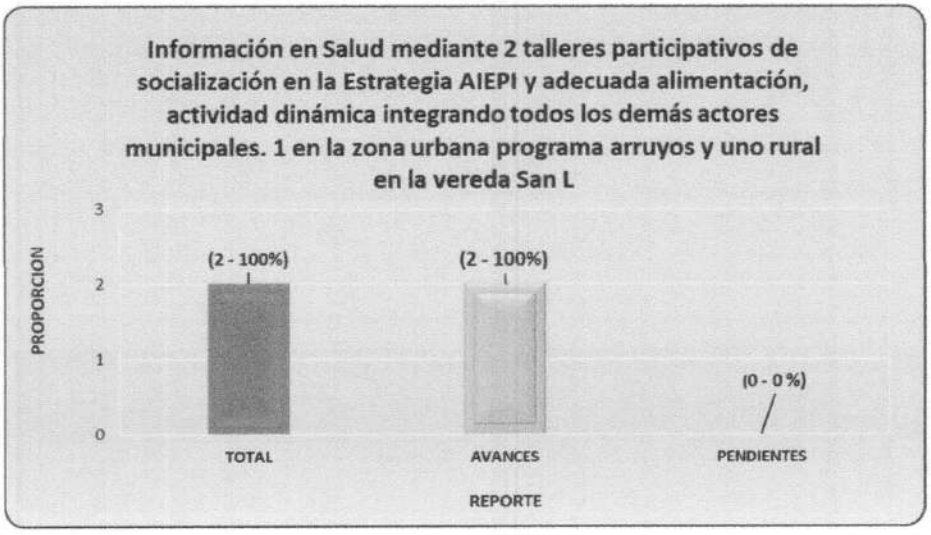
RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ Satisfacción de las participantes por la educación.
- ✓ Se incentivó a las madres lactantes a brindar lactancia materna de manera exclusiva hasta los seis meses de vida.
- ✓ Las madres reflexionaron en la importancia de nutrir a los niños con alimentos de calidad para que tengan un adecuado crecimiento y desarrollo.
- ✓ Se fortaleció el conocimiento de las madres sobre la prevención de las enfermedades prevalentes en la infancia a través de prácticas de autocuidado y nutrición efectiva.
- ✓ Se despejaron dudas y se empoderó a las madres sobre los temas tratados con el fin de que practiquen en sus hogares lo aprendido.

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

INDICADORES:

Información en Salud mediante 2 talleres participativos de socialización en la Estrategia AIEPI y adecuada Alimentación, actividad dinámica integrando todos los demás actores municipales. 1 en la zona urbana programa arruyos y uno rural en la vereda San Luis		
Total	Realizados	Pendientes
2	2	0
100%	100%	0%



ANALISIS

De los 2 (100%) talleres participativos de la socialización de la Estrategia AIEPI y alimentación del Lactante y niño pequeño se ha realizado 2 (100%) taller, el primero fue ejecutado en el área rural en la vereda san Luis Beltrán, y el segundo en la zona urbana con madres lactantes, entre ellas algunas asistentes del programa arrullos no queda ningún pendiente.

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

INFORME CUANTITATIVO:

LUGAR	CANTIDAD
SAN LUIS BELTRAN	40 personas
Total	**40 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	12 personas
Victima	21 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	9 personas
Total	**42 personas**

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	17 personas
Mujer	23personas
Total	**40 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	5 personas
27-50 AÑOS	15 personas
Mayor de 50 AÑOS	20 personas
Total	**40 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	0 personas
Rural	40 personas
Total	**40 personas**

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

INFORME CUANTITATIVO:

LUGAR	CANTIDAD
ZONA URBANA PROGRAMA ARRUYOS –HOGAR FAMI	20 personas
Total	**20 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	0 personas
Victima	3 personas
Negritudes/Afrodescendientes	0 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	17 personas
Total	**20 personas**

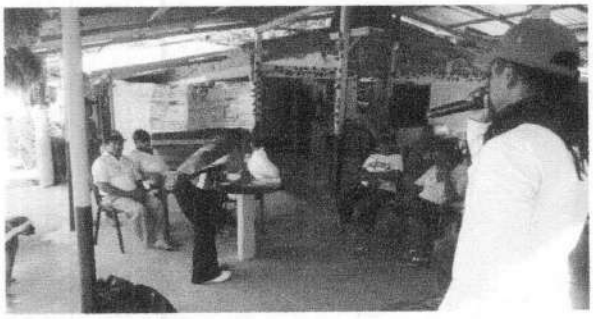
GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	17 personas
Mujer	3 personas
Total	**20 personas**

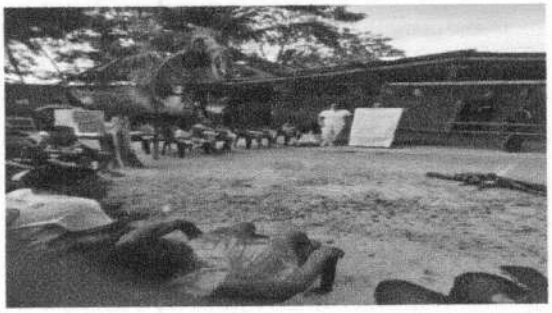
EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	8 personas
27-50 AÑOS	12 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 personas
Total	**20 personas**

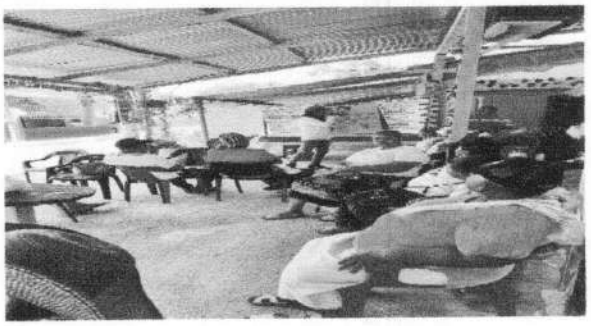
ZONA	CANTIDAD
Urbana	20 personas
Rural	0 personas
Total	**20 personas**

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

EVIDENCIA FOTOGRÁFICA: (San Luis Beltrán)







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

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

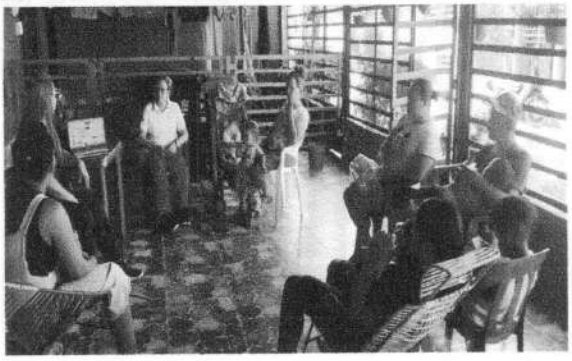
EVIDENCIA FOTOGRÁFICA:











KATHERINE ALVAREZ MEZA
Enfermera

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

FICHA TECNICA DE TALLERES

NOMBRE DEL TALLER
Información en Salud mediante 2 talleres participativos de socialización en la Estrategia AIEPI y adecuada Alimentación, actividad dinámica integrando todos los demás actores municipales. 1 en la zona urbana programa arruyos y uno rural en la vereda San Luis.

OBJETIVO GENERAL
Fortalecer los conocimientos de la población que actúa como cuidador de los menores de 5 años con el fin de prevenir morbi-mortalidades y discapacidad por desconocimiento en el manejo de ciertas enfermedades, también busca mejorar la calidad de la atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar.

OBJETIVOS ESPECIFICOS
- ✓ Reducir la mortalidad causada por enfermedades como neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis, dengue, meningitis, maltrato, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas.
- ✓ Aumentar la cobertura de medidas preventivas básicas, como la vacunación.
- ✓ Mejorar los conocimientos y prácticas de la familia y la comunidad respecto del cuidado y atención del niño en el hogar.
- ✓ Fortalecer la red de servicios de salud, asegurando el acceso y la atención integral a los niños.

TEMAS:

- ✓ Definición AIEPI
- ✓ Estrategias
- ✓ Ventajas
- ✓ Rutas de atención

RESUMEN

En el taller se presenta la definición de AIEPI, y las ventajas de aplicarla en cada uno del cuidado de nuestros niños menores de 5 años, seguidamente, se explican cuáles son las enfermedades que más causan morbimortalidad en esta población y se explica signos de alarma para acudir a un servicio de urgencias, se termina hablando de la prevención.

KATHERINE ALVAREZ MEZA
ENFERMERA

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO	Código:	F-PE-GAC-DAM-01
	Fecha de Aprobación:	21/02/2024
FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
	Paginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Socializacibia en la estrategia AIEPI y adecuado alimentacion, Actividad dinamica integrando actores municipales, vereda San Luis Beltran.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: 016- 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe

FECHA: 12 de Diciembre 2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	mayerli Tejada		X	23	1006535893							X	San luis		A casa	3162633178		Mayerli T.
2	Raul monsalve moreno	X		52	91039335		X						V=X=10		Vendedor	3336499382		
3	Florentino Venegas	X		75	5591374		X						San luis		Agricultor	No tiene		
4	Graciela Reyes.		X	63	28023618	X							San luis		A casa	No tiene		
5	Joaquin Espitbel	X		70	19242471	X							San luis		Agricultor	3041121878		
6	Jennifer Mendez Meza		X	27	1042214240	X							San luis		A casa	3015954704		Jennifer
7	Rosendo Quintero	X		77	3620755	X							San luis		Agricultor	No tiene		
8	Aurora Sosa Diaz		X	67	21950608	X							San luis		A.casa	3044863226		
9	Perfecto Mosquera	X		88	4368913	X							San luis		O Varios	No tiene		
10	Yoneth Meza		X	42	21950666		X						San luis		A casa	3143504356		
11	Luz Collazos		X	29	1042213576	X							San luis		A casa	3243109790		
12	Claudia Mosquera		X	37	1131979304		X						San luis		A.casa	3001045001		
13	Luis Eduardo Silva	X		68	13.885.135	X							San luis		Agricultor	3177199447		
14	Isabel Reyes Romero.		X	61	21934138	X							San luis		A.casa	3215629003		
15	Oliva meza		X	67	37920482	X							San luis		A casa	3243989362		
16	leoncio Gutierrez Pena	X		62	3557516		X						San luis		Agricultor	3059318961		
17	Miguel castilla	X		67	13892735		X						San luis		Agricultor	3168534157		
18	Ana Julia Villarreal Nieto		X	83	21941299	X							San luis		A.casa	No tiene		
19	Bernardina Gutierrez		X	77	37920888	X							San luis		A casa	3044258271		
20	Maribel chacón		X	33	1042212699							X	San luis		A. casa	3057834758		

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

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

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

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Socialización en la estrategia AIEPI y adecuada Alimentación, Actividad Dramatizado integrando actores municipales. Vereda San Luis Beltran.	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	016-2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Enfermera Jefe.		
FECHA:	12. de Diciembre 2024		

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Joel Sneider Duque m	x		27	1096246209							x	San luis		Pescador	3157936310		
2	Dibia Rangel Garcia		x	56	37706092	x	x						San luis		A Casa	302.4484477		Dibia R
3	Felix Antonio Mendoz	x		54	91439952		x						San luis		Pescador	3043504356		
4	Orlando Cossio	x		56	91431806		x						San luis		Pescador	3044731329		
5	Dayana Duque		x	23	1005175838							x	San luis		A-casa	3246703776		
6	Gustavo Galvan	x		58	3557627							x	San luis		Pescador	3022848798		
7	Jhon Alexander mendoz	x		23	1001815158		x						San luis		Pescador	3245610667		
8	Sol Maima Avila		x	32	1042212726		✓						S.luis		A.casa.	3045789915		Sol M. Avila
9	Delcy Unbe Avila		x	36	1042211344	x	x						San luis		A. casa	3027493		Delcy Unbe
10	Jesus Alberto Perez	a		32	1042212779		x						San luis		Pescador	No tiene		Jesus
11	Yerson Alexander Gallardo	x		30	1042212961								San luis		A-casa	3015702403		Yerson G.
12	Jose Corvajal	x		56	91153996		x						San luis		Pescador	3008064491		
13	Delia Serrano		x	43	37578488		x						San luis		A-casa	3024359038		Delia
14	Dana Yaneth Caldera		x	18	1042226398							x	San luis		A. Casa	3152738114		Dana
15	Telesforo Cantes Charcon	x		90	17141207		✓						S.luis	A.Mayor	Pescador	No tiene		
16	Mari luz Caleño		x	27	1049849339							x	San luis		O. Varios	3246291160		Mariluz
17	Diana Bagero		x	49	52770536		x						San luis	A-casa	A casa	3104599881		Diana B
18	Liliana Velazquez Coldra		x	18	28.020991							x	San luis		A-casa	3152738114		Liliana
19	Irma miracula		x	43	28448256	x							San luis		A-casa	3002025512		Irma M
20	Daniela Ruiz		x	25	1005179298							x	San luis		A-casa	30064629		Daniela R

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

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

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO	Código:	F-PE-GAC-DAM-01
	Fecha de Aprobación :	21/02/2024
FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
	Paginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Informacion en salud mediante taller participativo de socializacion en las estrategias AIEPI y adecuada Alimentacion, actividad dinamica integrando todos los demas actores municipales. Zona Urbana Arroyos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe.

FECHA: 23. Diciembre 2024

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Yesica Sanchez		X	31	1064839557	X							La paz		A. de casa	3136912618		Yesica Sanchez
2	Yasiri Moreno		X	30	1045505160							X	Progreso		A de casa	3106523208		Yasiri Moreno
3	Yurley Jaez		X	34	1042212141							X	Brisas		A de casa	3132951069		Yurley Jaez.
4	Inés Vargas M.		X	49	63470017							X	Cantaveana		Agente Ed.	3202687290		Inés Vargas
5	Dalgis cardenas		X	26	1042214716							X	7-10		A de casa	321938647		Dalgis.
6	Jonathan Delgado	X		41	15438186							X	7-10		O. varios	321938647		
7	Daniela Jimenez		X	18	1039685140	X							7-3.		A de casa	3165442763		
8	Elizabeth Perez		X	36	1042211		X						Cantaveana		Empleada	3017947		
9	Oreida Rosa		X	49	28062							X	progreso		comerc.	304		
10	claudia Ruda		X	33	1042212148							X	3 octubre		Psicologa	3217692483		Claudia R.
11	Viviana Bayona		X	35	37.578808							X	Pto tomas		Aux.	3145617957		Viviana B.
12	Yeni Navarro		X	49	65473726							X	pto tomas		Ama de casa	3226880318		Yeni Navarro
13	Andrea Medina		X	22	1002323148							X	Pto Tomas		Estudia	3115449005		
14	Monica Rocio Rueda A		X	32	1096217316							X	3 octubre		Laboral	3208167277		Monica R.
15	Ubermey Santa D	X		43	13870422							X	3 octubre		Laboral	3142830919		Uber S.
16	Valentina Medina N.		X	24	1001.442781							X	Central		Estudiante	3115449291		Valentina
17	Claudia Saldarriaga		X	24	1007747513							X	Central		A casa	3102624019		Claudia.
18	Karelys meza		X	21	1005183476							X	3 oct.		Estudiante	3022557001		Karelys
19	Daniel Andres Rodriguez	X		22	1192318538							X	Progreso		Estudiante	3214695902		
20	Kiara Verbaoren		X	26	1143254430							X	La victoria		Estudiante	3126024792		Kiara V.

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

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

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

DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

TEMA:

1 canalización mensual en zona rural y 1 en zona urbana en la búsqueda de susceptibles del programa Ampliado de Inmunización en el Municipio.

LUGAR:

Urbano: E.S.E.H.H.A.G, Barrio Las Vegas, Barrio Prado Viejo, Barrio Villa María, Barrio Brisas del Oriente, Barrio Jorge Eliecer Gaitán, Vereda Puerto Tomas, Barrio José Domingo Oliveros, Barrio Central, Colonia Sur, Urbanización la Paz, Urbanización el Prado, Barrio el progreso, Barrio Tres de Octubre

rural: Vereda X-10, Vereda Puerto Los Mangos, Vereda Puerto Casabe, Vereda la Cabaña, Corregimiento San Miguel del Tigre, Vereda la Cóndor, Vereda la Concha,

POBLACIÒN:

Menores de 0-5 años, niñas de 6 a 9 años, mujeres de 10-49 años, gestantes, mayores de 60 años, otros

RESPONSABLES:

Raúl Monsalve - Vacunador

OBJETIVO:

Orientar y garantizar la aplicación del esquema de vacunación de acuerdo a la susceptibilidad, permitiendo cumplir con la cobertura del municipio de Yondó.

FORMA DE CONVOCATORIA:

En esta actividad la convocatoria se realizó de 2 formas, visitas casa a casa y llamadas telefónicas, en búsqueda de esquemas incompletos de Vacunación de acuerdo a la edad de la población objeto.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

El desarrollo de la actividad se realizó en la zona urbana y rural del municipio de Yondó, específicamente en E.S.E.H.H.A.G, Vereda X-10, Vereda Puerto Los Mangos, Barrio Las Vegas, Barrio Prado Viejo, Vereda Puerto Casabe, Vereda la Cabaña, Corregimiento San Miguel del Tigre, Vereda la Cóndor, Barrio Villa María, Barrio Brisas del Oriente, Barrio Jorge Eliecer Gaitán, Vereda Puerto Tomas, Barrio José Domingo Oliveros, Barrio Central, Colonia Sur, Vereda la Concha, Urbanización la Paz, Urbanización el Prado, Barrio el progreso, Barrio Tres de Octubre y se realizaron llamadas telefónicas a los números consignados en la base de datos de la ESE HHAG, donde se llamó a cada contacto, se hicieron preguntas sobre datos personales del menor y de la madre, además se hizo seguimiento del esquema regular por edad y si le hacía falta alguna vacuna se procedía a la citación para la vacunación o en su defecto se realizaba la visita al hogar para aplicar los biológicos faltantes para completar el esquema del menor.

La canalización en la búsqueda de susceptible del programa ampliado de inmunización se realizó durante los meses de noviembre y diciembre según lo planteado. Además, se brindaba orientación frente al cumplimiento de las vacunas, los beneficios en cuanto a la prevención de enfermedades, se le daba a conocer a la población vacunada las contraindicaciones de los biológicos, eventos adversos, también se realiza la búsqueda de susceptibles respiratorios, se aclararon las dudas que se presentaron en la comunidad, realizando además la canalización a los servicios de promoción y prevención de la E.S.E - Hospital Héctor Abad Gómez. A continuación, se referencias los cronogramas realizados para los meses de noviembre y diciembre del presente año.

RESULTADOS O LOGROS

- ✓ Durante las visitas realizadas casa a casa se brindó información y educación en prevención de enfermedades Inmunoprevenibles.
- ✓ Actualización de carnet de vacunación.
- ✓ Aplicación de biológicos.
- ✓ Búsqueda de susceptibles respiratorios

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

CRONOGRAMA DE CANALIZACIÓN ZONA URBANO-RURAL

DEL 1 DE NOVIEMBRE DE 2024 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 2024	
RAUL MONSALVE MORENO	
LUGAR	FECHA
Vereda X-10	1,5,7,8,12,15,18,19,20,22,23,28
Vereda Puerto Los Mangos	1,5,13,29
Barrio Las Vegas	1,18
Barrio Prado Viejo	1,13
Vereda Puerto Casabe	5,8,14,29
Vereda La Cabaña	5,19,20,21,28,29
Corregimiento San Miguel del Tigre	6,7,12,15,18,21,22,23,25,27,29
Vereda El Cóndor	7,13
Barrio Villamaria	7,8
Barrio Brisas Del Oriente	7,8,29
Barrio Jorge Eliecer Gaitán	8
Vereda Puerto Tomás	12,22
Barrio José Domingo Oliveros	15,29
Barrio Central	19,21,29
Colonia Sur	19
Vereda La Concha	25
Urbanización La Paz	28
Urbanización El Prado	29
Barrio El Progreso	29
Barrio Tres de Octubre	29

DEL 1 DE DICIEMBRE DE 2024 AL 30 DE DICIEMBRE DE 2024	
RAUL MONSALVE MORENO	
LUGAR	FECHA
Vereda Km 5	3
Barrio Brisas Del Oriente	3
Barrio El Progreso	3,11
Urbanización El Prado	3
Barrio Central	3,13
Barrio Jorge Eliecer Gaitán	3
Barrio Villamaria	3
Barrio La Española	3
Vereda Puerto Tomás	4
Corregimiento San Miguel del Tigre	4
Vereda Puerto Casabe	4
Vereda X-10	4,5,9,10,11,14
Vereda El Cóndor	5
Vereda La laguna	5
Vereda La Raya	6
Vereda La Represa	6
Barrio El Paraíso	9
Barrio Prado Nuevo	9
Vereda Remolinos	10,12
Barrio Las Vegas	11,13
Vereda Puerto Los Mangos	11
Vereda San Luis Beltrán	13

INFORME DE BIOLÓGICOS ZONA URBANO - RURAL

NOVIEMBRE

BIOLOGICOS APLICADOS	TOTAL
VOP INYECTABLE	23
PENTA	14
DPT	10
N 13	7
ROTA VIRUS	3
BCG	1
FIEBRE AMARILLA	13
SRP	19
HEPATITIS A	4
HEPATITIS B	1
ANTIGRIPAL NIÑO	2
ANTIGRIPAL ADULTO	119
TD	6
TOSFERINA	1
VPH	27
TOTAL	250

DICIEMBRE

BIOLOGICOS APLICADOS	TOTAL
VOP INYECTABLE	10
PENTA	8
DPT	2
N 13	5
ROTA VIRUS	5
BCG	0
FIEBRE AMARILLA	5
SRP	2
VARICELA	1
HEPATITIS A	0
HEPATITIS B	0
ANTIGRIPAL NIÑO	0
ANTIGRIPAL ADULTO	49
TD	3
TOSFERINA	0
VPH	21
TOTAL	111

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

POBLACIÓN VACUNADA	
RN	1
2 meses	4
4 meses	2
6 meses	7
1 año	4
18 Meses	22
5 años	8
Gestantes	2
VHP	27
Mujeres en edad Fértil	60
Adultos mayores	54
SR	0
Otros	4
TOTAL	195

POBLACIÓN VACUNADA	
RN	0
2 meses	3
4 meses	2
6 meses	2
1 año	0
18 Meses	3
5 años	2
Gestantes	0
VHP	21
Mujeres en edad Fértil	23
Adultos mayores	33
SR	0
Otros	0
TOTAL	89

Zona Rural y Urbana

FECHA	RN	2	4	6	1	18	5	G	VHP	MEF	A	O
3/12/2024	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	13	0
4/12/2024	0	0	0	1	0	0	0	0	4	1	2	0
5/12/2024	0	0	0	1	0	0	1	0	6	3	0	0
6/12/2024	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
9/12/2024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	5	0
10/12/2024	0	0	1	0	0	0	0	0	4	5	2	0
11/12/2024	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	3	0
12/12/2024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0
13/12/2024	0	0	1	0	0	2	0	0	0	2	0	0
14/12/2024	0	0	0	0	0	0	1	0	2	1	4	0
TOTAL	0	3	2	2	0	3	2	0	21	23	33	0

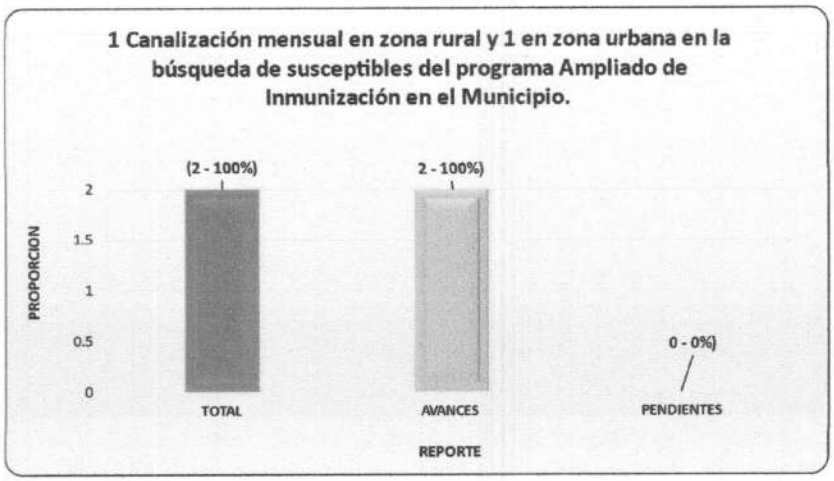
E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Zona Rural y Urbana

FECHA	RN	2	4	6	1	18	5	G	VHP	MEF	A	O
1/11/2024	0	0	1	1	0	2	0	0	0	6	1	0
5/11/2024	0	1	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0
6/11/2024	0	0	0	0	0	2	1	0	2	1	0	0
7/11/2024	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4	3	1
8/11/2024	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	2	0
12/11/2024	0	1	0	1	0	1	0	2	0	0	2	1
13/11/2024	0	0	0	1	0	0	1	0	0	6	5	0
14/11/2024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	0
15/11/2024	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	0
18/11/2024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0
19/11/2024	0	0	0	0	2	0	1	0	2	4	4	0
20/11/2024	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	0
21/11/2024	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	1	0
22/11/2024	0	0	1	0	0	1	1	0	1	2	3	1
23/11/2024	0	0	0	0	0	0	0	0	9	7	2	0
25/11/2024	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0
26/11/2024	0	2	0	0	0	0	0	0	3	1	0	1
27/11/2024	1	0	0	0	0	0	0	0	1	5	10	0
28/11/2024	0	0	0	0	0	0	0	0	5	2	8	0
29/11/2024	0	0	0	0	2	3	1	0	3	4	4	0
TOTAL	**1**	**4**	**2**	**7**	**4**	**22**	**8**	**2**	**27**	**60**	**54**	**4**

INDICADOR:

1 canalización mensual en zona rural y 1 en zona urbana en la búsqueda de susceptibles del programa Ampliado de Inmunización en el Municipio		
Total	**Realizado**	**Pendiente**
2	2	0
100%	100%	0%



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

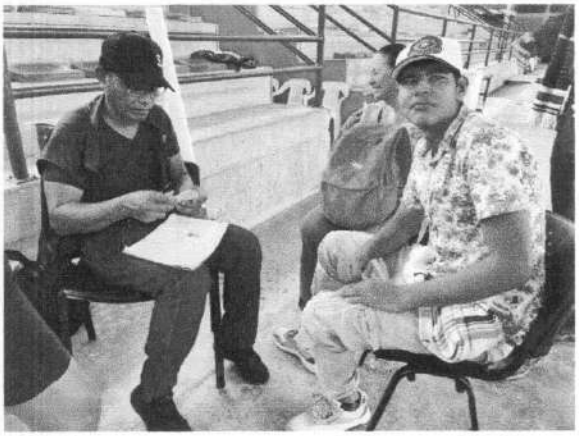
ANALISIS

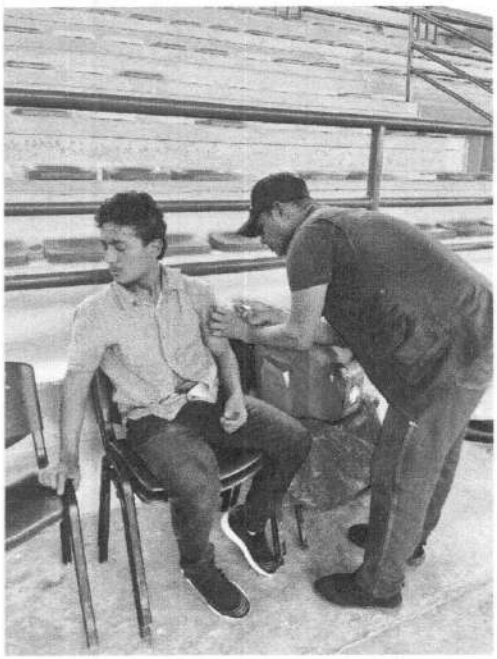
Se puede evidenciar que se realizó 1 canalización mensual en zona rural y 1 en zona urbana en la búsqueda de susceptibles del programa Ampliado de Inmunización en el Municipio en el mes de noviembre y el mes de diciembre (corresponde al 100%), sin quedar pendientes.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS:

Zona Urbana



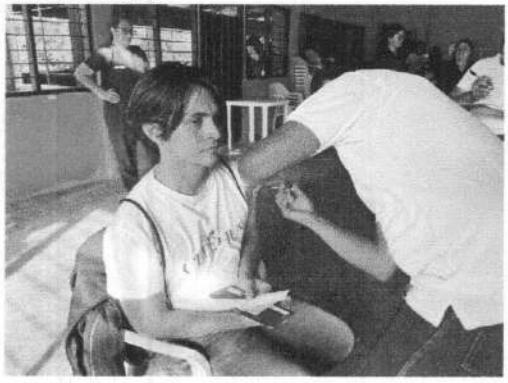


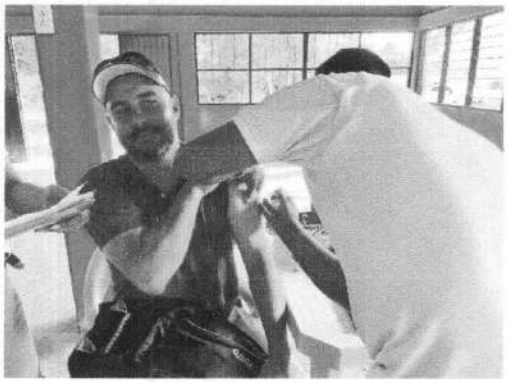
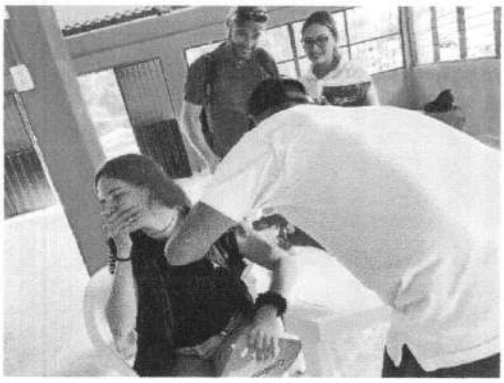
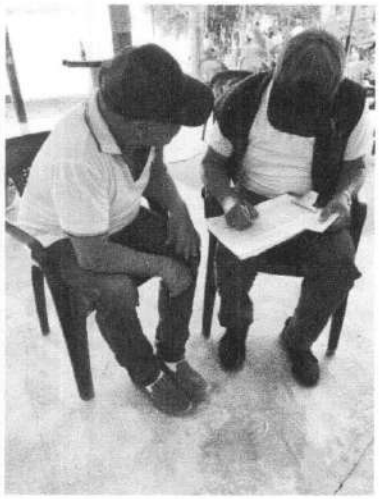




E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

Zona Rural




RAÚL MONSALVE MORENO
Vacunador

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

TEMA O ACTIVIDAD:

Talleres educativos para la adecuada manipulación de alimentos que eviten la aparición de ETA en 14 hogares comunitarios, CDI, y 4 restaurantes del Municipio legalmente constituidos.

POBLACIÓN:

Agentes educativos de los Hogares Comunitarios del municipio de Yondó, CDI, y 4 restaurantes del Municipio legalmente constituidos.

RESPONSABLE:

Samuel Torres Villamil – Nutricionista

OBJETIVOS:

- Formar al personal manipulador de alimentos que implemente BPM para la obtención de alimentos seguros.
- Motivar y concientizar a las personas sobre los principios de las BPM, y los beneficios de su adecuada implementación.
- Entrenar a los participantes sobre manipulación de alimentos y que obtengan destreza en las actividades concretas que realizan en sus sitios de trabajo, referente al ámbito de preparación de alimentos seguros.

FORMA DE CONVOCATORIA:

Inicialmente se realizó contacto telefónico con las lideres de las agentes educativas de los programas Hogares Comunitarios y CDI, mientras que con los 4 restaurantes fue de forma presencial, donde se les notifico la actividad que, por convenio de la ESE Hospital Héctor Abad Gómez y la secretaria de Salud Local de Yondó, se tenían plateadas a ejecutar; conversaciones que dejaron una programación de fecha, hora y lugar para realizar la actividad.

El lugar donde se realizaría la actividad (Auditorio de la ESE Hospital Héctor Abad Gómez), la fecha y hora (viernes 13 de diciembre de 2024 a las 2:00 pm).

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

La actividad se llevó a cabo en el auditorio de la ESE Hospital Héctor Abad Gómez, en el horario de 2:00 a 5:00 pm, en el que momentos previos se adecuado el lugar con buen clima, se dispusieron sillas, métodos audiovisuales, equipos y materiales para el desarrollo del tema a tratar.

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

Se dio inicio al desarrollo del taller de adecuada manipulación de alimentos, exponiendo los objetivos y aclararon conceptos para el mejor y mayor entendimiento.

Dentro del manejo de conceptos se trataron específicamente los siguientes: (higiene alimentaria, ETAs, higiene personal, conservación de alimentos, alimentación saludable).

Ya habiendo tratado la parte teórica, se dio lugar a la parte práctica, y con la participación de las invitadas se realizó el taller de identificación de los tipos de agentes contaminantes que pueden alterar las características organolépticas de los alimentos y producir ETAs por una inadecuada practica de manipulación de los mismos.

También se les solicito a las integrantes del taller que cada una realizara la practica del lavado de manos para identificar falencias y darles las pautas y concejos adecuados de las técnicas a implementar; posteriormente se realzaron preguntas de métodos utilizados para la conservación de distinto tipos de alimentos, sobre la higiene de los alimentos, porcionamiento y distribución de los mismos.

Por último se realizó otro taller teórico-práctico en lo relacionado a alimentación saludable que involucrara la adecuada manipulación para obtener alimentos seguros y fueran saludables; por tanto, se desplego un tapete con la estructura del plato manejado en Colombia según hábitos, costumbres y producción local, y se entregaron fichas de distintos tipos de alimentos a cada participante, solicitándoles en orden de como estaban ubicadas, que explicaran como sería el mejor método de manipulación y conservación del alimento y que además lo ubicaran en el plato según la clasificación de las guías GABA, para la población colombiana mayor de 2 años.

Al terminar de ubicar todas las fichas de alimentos entregadas a cada participante, se dio la explicación adecuada de cómo se clasifican los alimentos en Colombia según su contenido, función y cantidad a consumir.

Finalmente, al terminar el taller teórico-práctico se dio espacio para la resolución de dudas o inquietudes presentando durante la actividad y se culminó con un agradecimiento de participación.

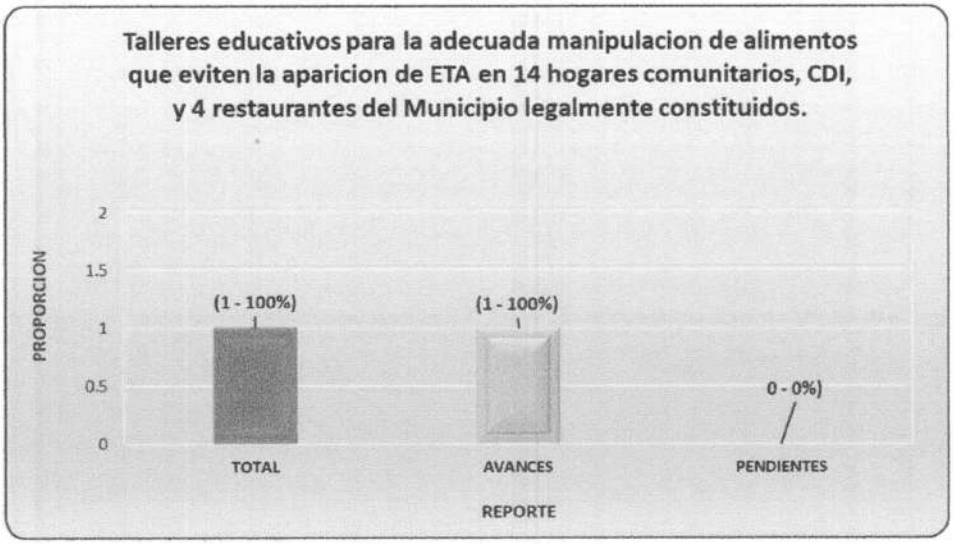
E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ Las personas invitadas lograron identificar los riesgos presentados al no tener una adecuada técnica de manipulación de alimentos.
- ✓ Las participantes del taller teórico-práctico entendieron y adquirieron mayores conocimientos y mejores técnicas sobre método de conservación de alimentos y su manipulación para evitar contaminaciones directas y cruzadas de los mismos.
- ✓ Las participantes se comprometieron a implementar las técnicas de adecuada manipulación de alimentos, para evitar afectaciones en los comensales usuarios de sus programas, el deterioro de los alimentos y sobre todo para evitar complicaciones de salud como gastroenteritis o posible mortalidad por malnutrición secundario a una contaminación de alimentos.

INDICADOR:

Talleres educativos para la adecuada manipulación de alimentos que eviten la aparición de ETA en 14 hogares comunitarios, CDI, y 4 restaurantes del Municipio legalmente constituidos.		
Total	**Realizados**	**Pendientes**
1	1	0
100%	100%	0%



ANÁLISIS

En la gráfica se puede evidenciar que se ha cumplido con el total de talleres relacionados con adecuada manipulación de los alimentos, programados por el PIC 016-2024, con un total de 1 taller.

INFORME CUANTITATIVO

LUGAR	CANTIDAD
Auditorio ESE Hospital Héctor Abad Gómez	16 personas
Total	**16 personas**

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

GÈNERO	CANTIDAD
Hombre	0 persona
Mujer	16 personas
Total	**16 personas**

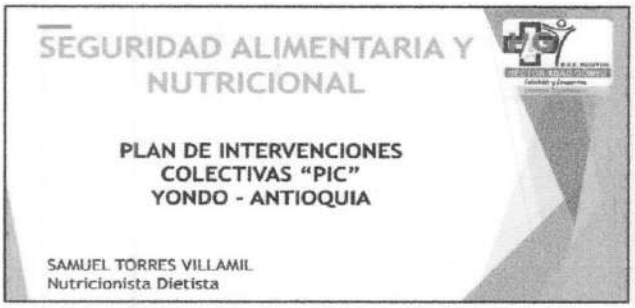
EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	0 personas
12- 26 AÑOS	1 personas
27-50 AÑOS	7 personas
Mayor de 50 AÑOS	8 persona
Total	**16 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	13 personas
Rural	3 persona
Total	**16 personas**

Nota: Es de resaltar que a la actividad no asistieron los invitados de los restaurantes, dado que durante la invitación referían que los horarios en jornadas diurnas se les hacía difícil la participación por motivos obvios.

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

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS















SAMUEL TORRES VILLAMIL
Nutricionista Dietista

Municipio de Yondó Antioquia	GESTION DE ATENCIO CIUDADANO	Código:	F-PE-GAC-DAM-01
		Fecha de Aprobación :	21/02/2024
	FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
		Paginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Talleres educativos para la adecuada manipulación de alimentos que evite la aparición de ETA en 14 hogares comunitarios, cai, y 4 restaurantes del Municipio legalmente constituidos.	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 016 - 2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	SAMUEL TORRES - NUTRICIONISTAS		
FECHA:	13/12/2024		

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO H	SEXO M	EDAD	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CONDICIÓN 1	2	3	4	5	6	7	BARRIO O VEREDA	ENTIDAD U ORGANIZACIÓN	CARGO U OCUPACIÓN	TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
1	Maria Gloria Moreno Duran		X	54	21950148							X			Madre fami	3104660014		
2	Rosa de la Rosa Gomez		X	60	21949555							X			Madre fami	3125576177		
3	Carmensa Sanchez Moreno		X	53	63459628							X			Madre fami	32125967		
4	Laura Yaneth Noreña Duque		X	51	25221027							X			Madre Comunitaria	3132064554		
5	Eucebia Nieto Ruiz		X	36	1095040632							X			Madre Comunitario	3135112004		
6	Nayivi Sehuanes Rojas		X	41	21950710							X			Madre Comunitaria	3123262784		
7	Ana Sehuanes Rojas		X	59	33214644							X			Madre Comunitaria	3023325126		
8	Elvis Rodriguez Ramos		X	65	37920342							X			Madre Comunitaria	3154688105		
9	Leidy Paola Polo Ruiz		X	33	1001814888							X			Madre Comunitaria	3008451661		
10	Emilse Maria Monsalve Moreno		X	39	1042210572							X			Madre Comunitaria	3217165822		
11	Elizabeth Monsalve Moreno		X	53	21950041							X			Madre Comunitaria	3123895813		
12	Maria Gladis Tovar		X	37	37578847							X			Madre Comunitaria	3216615937		
13	Dina Luz Palomo		X	22	1001815563							X			Aux Madre Comunitaria	3122117682		
14	Karina Fernández		X	44	28061281							X			Madre Comunitaria	3125843181		
15	Nancy Pedroza Carvajal		X	45	28483419							X			Madre Comunitaria	3022677807		
16	Noris Maria Ruiz Torres		X	51	21950157							X			Madre Comunitaria	3102930922		
17																		
18																		
19																		
20																		

Auditorio H. H. A. 6.

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

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

TEMA O ACTIVIDAD:

Asegurar el transporte exclusivo para el traslado de vacunas e insumos del programa.

LUGAR DE ACTIVIDAD: E.S.E Hospital Héctor Abad Gómez Municipio de Yondó.

TIPO DE ACTIVIDAD: Garantizar la conservación de la cadena de frio.

TEMA CENTRAL: Transporte de insumos del Programa Ampliado de Inmunización.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar la población objeto y participación conglomerada de los entes responsables como secretaria de Salud, E.S.E Municipal y secretaria Seccional de Salud de Antioquia frente a la solicitud, entrega y disponibilidad de las vacunas en el servicio de vacunación.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Cumplir con las normas técnicas en conservación de los biológicos e insumos.
- ✓ Participación de los entes territoriales entre secretaria local de salud, E.S.E Municipal y secretaria Seccional de Salud de Antioquia.
- ✓ Asegurar y garantizar el transporte de las vacunas del almacén de la secretaria seccional de salud de Antioquia al municipio de Yondó.

FORMA DE CONVOCATORIA Y EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

Solicitud de pedidos de Biológicos e insumos de vacunación según el historial de la población objeto participante, el vacunador administrativo Jhon Jairo Zapata realiza la solicitud del pedido en el programa Pai web, la enfermera Profesional realiza la aprobación o desaprobación del pedido y envía al programa del PAI del departamento, realizando ellos la asignación de biológicos al municipio, luego indican la fecha y hora en la que el conductor debe reclamar las vacunas e insumos en el almacén, el conductor asignado reclama y se desplaza al municipio con la cava para la distribución y ubicación de estos biológicos en la nevera horizontal de la E.S.E y el vacunador Jhon Jairo Zapata diligencia el acuso recibo confirmando las vacunas recibidas, con su respectiva cantidad, fechas de vencimiento, lotes de cada biológico etc., y luego la enfermera profesional cuando el departamento realiza el cargue de las vacunas despechadas al Pai web debe realizar la aprobación o traslado de las vacunas recibidas.

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

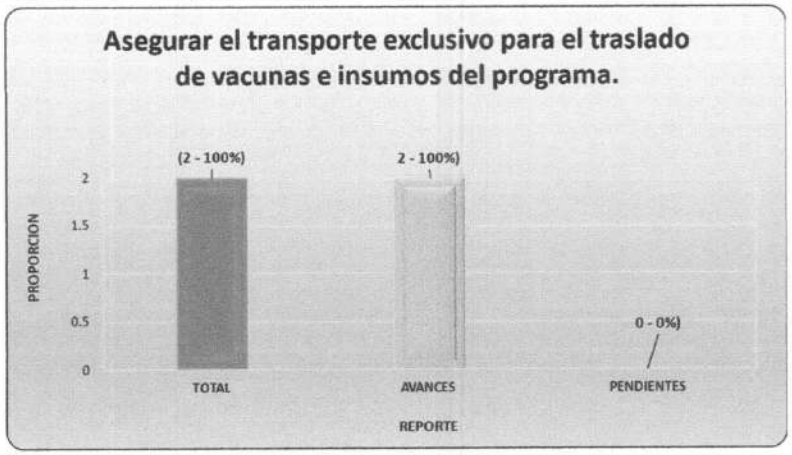
RESPONSABLES: Coordinadora de vacunación y vacunadores
POBLACIÓN OBJETO: Comunidad en general

RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ Mensualmente la institución tiene disponibilidad de un vacunador para el traslado de las vacunas el cual se realizo en noviembre y diciembre.

INDICADORES:

Total, de actividades de aseguramiento de transporte exclusivo para el traslado de vacunas e insumos del programa	Total, de actividades de aseguramiento de transporte exclusivo para el traslado de vacunas e insumos del programa realizadas	Número de actividades pendientes de transporte exclusivo para el traslado de vacunas e insumos del programa
2	2	0
100%	100%	0%



ANALISIS

Como se observa en la gráfica, se realizó aseguramiento de transporte exclusivo para el traslado de vacunas e insumos del programa en la mitad del mes de agosto y durante el mes de septiembre (corresponde al 33,3%), quedando pendiente el reporte de los meses de octubre, noviembre y diciembre (equivalentes al 67% restante)

RAÚL MONSALVE MORENO
Vacunador

18-11-24
T= 6.0

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GERENCIA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

MUNICIPIO: YONDO FECHA: 13/11/2024

INSUMOS (Biologicos y jeringas)	SOLICITUD DE BIOLÓGICOS							
	NECESIDAD MENSUAL	EXISTENCIA (NÚMERO DE DOSIS)	FECHA DE VENCIMIENTO PRÓXIMO A EXPIRAR	CANTIDAD SOLICITADA	AUTORIZADAS	ENTREGADAS	LOTE	
BCG	200	40	30/11/24	40	40	30-11-2025	0373MA047	
VIP (Vacuna Inyectable de Polio)	120	99	14/02/26	70	70	28-02-26	232700 3A	
Pentavalente	90	79	30/11/25	20	20	30-11-25	2853-2010	
DPT (Difteria, Tos ferina y Tétanos)	50	75	30/04/26	0	0			
DPaT (Pediátrica)	0	0		1	1	30-9-25	72A77C1	
TD (Pediátrica)	0	0		0	0			
Hepatitis B (Pediátrica)	25	49	30/06/25	0	0			
Hepatitis B (Adulto)	0	0		0	0			
Rotavirus	47	66	31/08/26	20	20	31-10-26	AR01E032BA	
Neumococo 10	0	0		0	0			
Neumococo 13	68	69	31/03/26	40	40	30-6-26	HJ52 ✱7	
SRP (Triple viral)	86	70	30/11/25	80	80	30-11-25	015NO03B	
Fiebre Amarilla	70	60	31/01/26	60	60	2-6-26	23F0030	Bromangiños.
Hepatitis A (Pediátrica)	24	38	21/07/26	40	0			
Meningococo	0	0		0	0			
Varicela	48	20	01/07/26	120	0			
SR (Sarampión, Rubeola)	0	10	31/05/25	0	0			
Td (Adulto)	20	46	31/05/26	20	20	30-9-26	2333L037C	
dPaT (Adulto)	22	23	28/02/25	10	10	30-9-26	ZCA74C2	
Influenza pediátrica (0.25 cc)	0	9	28/02/25	0	0			
Antigripal (0.5 cc)	0	252	25/01/25	0	0			
VPH	46	125	29/06/26	80	80	29-06-26	X023757	
Vacuna Antirrábica Humana	0	16	30/04/26	0	0			
Inmunoglobulina Antirrábica Humano	0	7	30/04/26	0	0			
Inmunoglobulina Hepatitis B	0	0		0	0			
Inmunoglobulina/Antitoxina tetánica	0	0		0	0			
Antitoxina Diftérica	0	0		0	0			
Diluyente de BCG	200	40	28/02/27	40	40	28-02-27	0703 [illegible] 005	
Diluyente de SRP	86	70	31/03/28	80	80	31-3-28	06735 1030	
Diluyente de SR (Sarampión Rubeola)	0	10	30/06/26	0	0			
Diluyente de fiebre amarilla	70	60	31/01/26	60	60	31-8-28	238DF [illegible] 090D	
Diluyente de varicela	48	20	04/04/26	120	0			
Diluyente de antirrábica humana	0	16	30/04/26	0	0			
Solvente Meningococo	0	0		0	0			
Jeringa 22G*1 ¼ Auto-descartable	48	20	31/05/26	0	0			
Jeringa 22G*1 ¼ Convencional	0	379	31/12/24	0	0			
Jeringa 23G*1 Auto-descartable	485	590	30/04/26	0	0			
Jeringa 23G*1 Convencional	0	662	02/05/26	0	0			
Jeringa #25G*5/8 Auto-descartable	167	370	30/06/27	300	300	31-8-27	220405	
Jeringa #25G*5/8 Convencional	0	0		0	0			
Jeringa #26G*3/8 Auto-descartable	25	13	31/05/26	0	0			
Jeringa #26G*3/8 Convencional	0	0		0	0			
Jeringa #27G*3/8	0	0		0	0			
CARNÉ DE VACUNACIÓN INFANTIL	100	104		0	0			
CARNÉ DE VACUNACIÓN DE ADULTOS	200	72		150	150			
CARNÉ INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN	0	0		0	0			
TARJETAS UNIFICADAS DE VACUNACIÓN ADULTOS	0	0		0	0			
TARJETAS UNIFICADAS DE VACUNACIÓN NIÑOS	0	0		0	0			
MEMOFICHAS DE VACUNACIÓN	0	0		0	0			

DESPACHA: Oscar Cardona Elvis P

RECIBE: 8-20 [illegible] Juan Luis Fernandez

OBSERVACIONES:

URGENTE: REVISAR SALDOS CON VENCIMIENTO PROXIMO PARA APLICARLOS ANTES DEL VENCIMIENTO O BUSCAR OTRO MUNICIPIO QUE LAS RECIBA, REVISAR LA NECESIDAD MENSUAL Y CORREGIR SI ES EL CASO.

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUÍA
Calle [illegible] B No. 52-106
3839111 - FAX:
MEDELLIN - COLOMBIA
8909002860

GOBERNACION DE ANTIOQUIA

SM a unidad ejecut.

Número de documento: 4900702281

Información

Centro:	DSSA	Nit:	
Denominacion:	Dir. Secc. de Salud Antioquia	Proveedor:	
Almacen:	0001	Nombre:	
Fecha de documento:	18.11.2024	Pedido:	Nro Contrato:
Fecha de contabilización:	18.11.2024	Nota de entrega:	

Posición	Material	Descripción Material	Lote	Cantidad	UN	Costo Unit.	Valor Total	Observaciones
0001	3000103	BCG	0373MA047	40	DS	1.433,85	57.354	
0002	3000080	ANTIPOLIO INYECTABLE	2327003A	70	DS	9.571,39	669.997	
0003	3001299	PENTAVALENTE LIQUIDA	2853Z010	20	DS	5.512,20	110.244	
0004	3002912	DPT ACELULAR NIÑO	2CA77C1	1	UN	76.144,00	76.144	
0005	3001562	ROTAVIRUS	AROLE032BA	20	UN	23.499,35	469.987	
0006	3003963	NEUMOCO TRECEVALENTE	HJ5277	40	UN	45.192,03	1.807.681	
0007	3000602	SRP	0153N003B	80	DS	8.981,34	718.507	
0008	3000073	ANTIAMARILLA	23F0030	60	DS	5.937,38	356.243	
0009	3000623	TD	2333L037C	20	DS	601,95	12.039	
0010	3002334	DPT ACELULAR	2CA74C2	10	DS	45.936,50	459.365	
0011	3002043	VPH (PAPILOMA)	X023757	80	DS	43.777,18	3.502.174	
0012	3000407	JERINGA NO 25		300	UN	196,58	58.974	
0013	3003171	CARNET VACUNACION ADULTO		150	UN	21,78	3.267	

Observaciones: DLS YONDÓ

ENTREGADO POR

Clase de Movimiento: Z21 **SM a unidad ejecut.**

RECIBIDO POR

Emisor: KARECARP

T: 60 °C

SECRETARIA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA
GERENCIA DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

MUNICIPIO: YONDO FECHA: 10/12/2024

INSUMOS (Biologicos y jeringas)	SOLICITUD DE BIOLÓGICOS						
	NECESIDAD MENSUAL	EXISTENCIA (NÚMERO DE DOSIS)	FECHA DE VENCIMIENTO PRÓXIMO A EXPIRAR	CANTIDAD SOLICITADA	AUTORIZADAS	ENTREGADAS	LOTE
BCG	200	30	30/11/25	40	40	30-11-25	0373MA047
VIP (Vacuna Inyectable de Polio)	120	82	14/02/26	70	70	14-2-26	2327003A
Pentavalente	90	91	30/11/25	70	70	30-4-26	2853X020B
DPT (Difteria, Tos ferina y Tétanos)	50	41	30/04/26	40	40	30-4-26	2823X022A
DPaT (Pediátrica)	0	0		0	0		
TD (Pediátrica)	0	0		0	0		
Hepatitis B (Pediátrica)	25	44	30/06/25	0	0		
Hepatitis B (Adulto)	0	0		0	0		
Rotavirus	47	64	31/08/26	40	20	NO	
Neumococo 10	0	0		0	0		
Neumococo 13	68	77	31/03/26	50	50	30-6-26	HJ5277
SRP (Triple viral)	86	65	30/11/25	70	70	31-12-25	0153N005B
Fiebre Amarilla	70	50	30/06/26	80	80	30-6-26	23F0030
Hepatitis A (Pediátrica)	24	22	21/07/26	50	50	21-07-26	4005285
Meningococo	0	0		0	0		
Varicela	48	10	01/07/26	60	50	12-09-26	4075437
SR (Sarampión, Rubeola)	0	10	31/05/25	0	0		
Td (Adulto)	20	42	31/05/26	30	30	30-9-26	2333L037C
dPaT (Adulto)	22	27	30/04/26	20	20	30-4-26	ZCA90C1
Influenza pediátrica (0.25 cc)	0	0		0	0		
Antigripal (0.5 cc)	0	75	25/01/25	0	0		
VPH	46	159	29/06/26	80	80	31-05-26	4011071
Vacuna Antirrábica Humana	0	13	30/04/26	0	0		
Inmunoglobulina Antirrábica Humano	0	7	30/04/26	0	0		
Inmunoglobulina Hepatitis B	0	0		0	0		
Inmunoglobulina/Antitoxina tetánica	0	0		0	0		
Antitoxina Diftérica	0	0		0	0		
Diluyente de BCG	200	30	28/02/27	40	40	28-02-27	070331005
Diluyente de SRP	86	65	31/03/28	70	70	31-3-28	067351030
Diluyente de SR (Sarampión Rubeola)	0	10	30/06/26	0	0		
Diluyente de fiebre amarilla	70	50	31/08/28	80	80	31-8-28	238DFC095D
Diluyente de varicela	48	10	04/04/26	60	50	21-07-26	1008205
Diluyente de antirrábica humana	0	13	30/04/26	0	0		
Solvente Meningococo	0	0		0	0		
Jeringa 22G*1 ¼ Auto-descartable	48	10	28/02/27	0	0		
Jeringa 22G*1 ¼ Convencional	0	294	31/01/25	0	0		
Jeringa 23G*1 Auto-descartable	485	590	30/04/26	0	0		
Jeringa 23G*1 Convencional	0	424	01/10/26	0	0		
Jeringa #25G*5/8 Auto-descartable	167	568	30/06/27	200	200	31-8-27	220406
Jeringa #25G*5/8 Convencional	0	0		0	0		
Jeringa #26G*3/8 Auto-descartable	25	6	30/09/27	20	20	30-4-28	6623040
Jeringa #26G*3/8 Convencional	0	0		0	0		
Jeringa #27G*3/8	0	0		0	0		
CARNÉ DE VACUNACIÓN INFANTIL	100	96		0	0		
CARNÉ DE VACUNACIÓN DE ADULTOS	200	186		100	100		
CARNÉ INTERNACIONAL DE VACUNACIÓN	0	0		0	0		
TARJETAS UNIFICADAS DE VACUNACIÓN ADULTOS	0	0		0	0		
TARJETAS UNIFICADAS DE VACUNACIÓN NIÑOS	0	0		0	0		
MEMOFICHAS DE VACUNACIÓN	0	0		0	0		

DESPACHA: Oscar Cardona Elvia D.

RECIBE: Yhordina Fernandez

FECHA Y HORA: 13.12.2024 8:20am

OBSERVACIONES: 1711045

URGENTE: REVISAR SALDOS CON VENCIMIENTO PRÓXIMO PARA APLICARLOS ANTES DEL VENCIMIENTO O BUSCAR OTRO MUNICIPIO QUE LAS RECIBA, REVISAR LA NECESIDAD MENSUAL Y CORREGIR SI ES EL CASO.

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Calle 42B No. 52-106
3838111 - FAX:
MEDELLIN - COLOMBIA
8909002860

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SM a unidad ejecut.

Número de documento: 4900706730

Información

Centro:	DSSA	Nit:	
Denominacion:	Dir. Secc. de Salud Antioquia	Proveedor:	
Almacen:	0001	Nombre:	
Fecha de documento:	13.12.2024	Pedido:	Nro Contrato:
Fecha de contabilización:	13.12.2024	Nota de entrega:	

Posición	Material	Descripción Material	Lote	Cantidad	UN	Costo Unit.	Valor Total	Observaciones
0001	3000103	BCG	0373MA047	40	DS	1.656,05	66.242	
0002	3000080	ANTIPOLIO INYECTABLE	2327003A	70	DS	8.940,20	625.814	
0003	3001299	PENTAVALENTE LIQUIDA	2853X020B	70	DS	5.519,86	386.390	
0004	3000245	DPT	2823X022A	40	DS	895,93	35.837	
0005	3003963	NEUMOCO TRECEVALENTE	HJ5277	50	UN	45.051,48	2.252.574	
0006	3000602	SRP	0153N005B	70	DS	10.362,76	725.393	
0007	3000073	ANTIAMARILLA	23F0030	80	DS	5.844,26	467.541	
0008	3001935	HEPATITIS A	Y005285	50	DS	34.319,32	1.715.966	
0009	3002649	VARICELA	Y015437	50	DS	85.387,28	4.269.364	
0010	3000623	TD	2333L037C	30	DS	601,93	18.058	
0011	3002334	DPT ACELULAR	2CA90C1	20	DS	45.838,60	916.772	
0012	3002043	VPH (PAPILOMA)	Y011071	80	DS	47.024,65	3.761.972	
0013	3000405	JERINGA NO 22		200	UN	282,08	56.416	-Dev. 4900706731 # 25
0014	3000408	JERINGA NO 26		20	UN	287,75	5.755	
0015	3003171	CARNET VACUNACION ADULTO		100	UN	21,78	2.178	

Observaciones: DLS YONDÓ

ENTREGADO POR

Clase de Movimiento: Z21 SM a unidad ejecut.

RECIBIDO POR

Emisor: KARECARP

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
Calle 42B No. 52-106
3836111 - FAX:
MEDELLIN - COLOMBIA
8909002860

SM a unidad ejecut.

Número de documento: 4900706732

GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

nformación

Centro:	DSSA	Nit:	
Denominacion:	Dir. Secc. de Salud Antioquia	Proveedor:	
Almacen:	0001	Nombre:	
Fecha de documento:	13.12.2024	Pedido:	Nro Contrato:
Fecha de contabilización:	13.12.2024	Nota de entrega:	

Posición	Material	Descripción Material	Lote	Cantidad	UN	Costo Unit.	Valor Total	Observaciones
0001	3000407	JERINGA NO 25		200	UN	195,58	39.115	

Observaciones: DLS YONDÓ

ENTREGADO POR

Clase de Movimiento: Z21 **SM a unidad ejecut.**

RECIBIDO POR

Emisor: KARECARP

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

TEMA O ACTIVIDAD:

Actualizar el inventario de la cadena de frío en el año; la base de datos debe ser enviada al MSPS a más tardar el 16 de diciembre de 2024.

LUGAR:

E.S.E. Hospital Héctor Abad Gómez

POBLACIÓN:

Primera infancia, infancia. adolescencia, juventud, adultez y vejez

RESPONSABLE:

Raúl Monsalve - Vacunador

OBJETIVO:

Asegurar que se cuenten con los equipos adecuados en buen estado y funcionales, para que las vacunas sean conservadas debidamente dentro de rangos de temperatura establecidos, para que no pierdan su poder inmunológico.

FORMA DE CONVOCATORIA:

Se solicita de forma presencial a la enfermera encargada del programa PAI, de la E.S.E. Hospital Héctor Abad Gómez, los datos de actualización del inventario de cadena de frio del semestre en curso.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Para cumplir con esta actividad, se le hace solicitud verbal a la enfermera encargada del programa PAI de la E.S.E. H.H.A.G. con un mes con anticipación a la fecha de reporte (diciembre) de la actualización del inventario de cadena de frio. Quien llegada la fecha aporta los documentos de evidencia de tal gestión, del cargue de la información en la página del ministerio.

Nota: La fecha del inventario para este año en curso fue cambiada por secretaria de salud departamental indicando que la actualización se debe realizar método sistemático por la página PAI Web en cualquier momento. Que para este reporte se realizó el día 20 de diciembre de 2024.

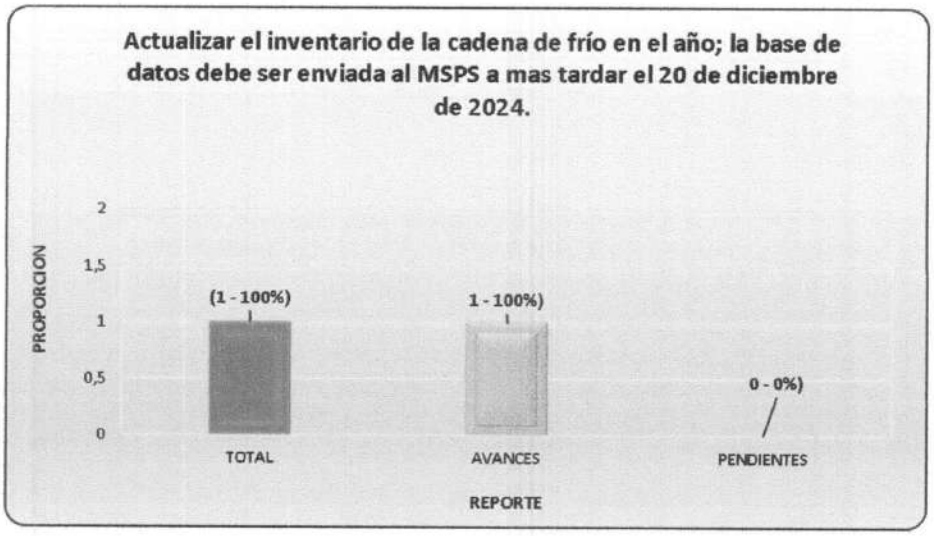
E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

RESULTADOS Y LOGROS:

Se realiza inventario de cade de frio, asegurando la funcionalidad de los equipos y que se tengan los adecuado para la conservación de las vacunas y que no pierdan su poder inmunológico.

INDICADOR:

Actualizar el inventario de la cadena de frío en el año; la base de datos debe ser enviada al MSPS a más tardar el 20 de diciembre de 2024		
Total	**Realizado**	**Pendiente**
1	1	0
100%	100%	0%



ANALISIS:

De esta actividad que es actualizar el inventario de la cadena de frío en el año, se debía realizar 1 revisión, la cual se realizó cumpliendo con el 100% de lo estipulado.

RAÚL MONSALVE MORENO
Vacunador.

Estado	Nacional	Departamento	Municipio	Clasificación de equipo	Fabricante	Tipo
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	AOV International LLP	
Inactivo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termo portavacuna	AOV International LLP	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Caja térmica	Apex Continental Limited	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Caja térmica	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termo portavacuna	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termo portavacuna	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termo portavacuna	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termo portavacuna	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termo portavacuna	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termo portavacuna	Apex International	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termo portavacuna	Apex International	
Inactivo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termómetro	BIOLECTRONICA	Máximas y mínimas
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termómetro	BIOLECTRONICA	Máximas y mínimas
Inactivo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Aire acondicionado	CONFORTFRESH INVERTER	Minisplit
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termómetro	Elitech	Termohigrómetro
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Paquete frío	Giostyle SpA	
Inactivo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termo portavacuna	Giostyle SpA	
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termómetro	HUMIDITY	Máximas y mínimas
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termómetro	HUMIDITY	Máximas y mínimas
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termómetro	INFRA RED	Láser
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termómetro	KES	Máximas y mínimas
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Termómetro	KTJ - TA218A	Máximas y mínimas
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Aire acondicionado	Otros - mirage	Minisplit
Inactivo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Aire acondicionado	Otros - MIRAGE LIFE	Minisplit
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Planta eléctrica	Power plus	Diesel
Inactivo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Aire acondicionado	ROYAL	Minisplit

Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Refrigerador	Vestfrost	Eléctrico
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Refrigerador	Vestfrost	Eléctrico
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Congelador	Vestfrost Solutions	Eléctrico
Activo	MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL	ANTIOQUIA SECRETARIA DEPARTAMENTAL DE SALUD	YONDO ESE H. Hector Abad Gomez	Refrigerador	Vestfrost Solutions	Eléctrico

TEMA O ACTIVIDAD:

Desparasitación antihelmíntica a niños de 5 a 14 años del área urbana y rural del Municipio con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parásitos.

LUGAR:

Los barrios 25 de enero, El Paraíso, Tres de Octubre, Brisas del Oriente, Vereda Puerto Los Mangos, Puerto Tomás, Puerto Casabe, Corregimiento San Miguel del Tigre, Vereda San Luis Beltrán.

POBLACIÒN: Niños de 5 a 14 años

RESPONSABLE:

Katherine Álvarez Meza, Carlos Mendoza Rodríguez, Rafael Ospino Mármol y Viviana Navarro Bayona.

OBJETIVOS GENERAL:

Prevenir problemas de salud a causa de la parasitosis a través de la desparasitación a niños entre 5 a 14 años del municipio de Yondó

CONVOCATORIA:

Se realiza convocatoria a través de los presidentes de junta de acción comunal, de las veredas y barrios a través de oficio.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

la actividad se realizó bajo la modalidad de casa a casa, en los barrios 25 de enero, El Paraíso, Tres de Octubre, Brisas del Oriente, Vereda Puerto Los Mangos, Puerto Tomás, Puerto Casabe, en los días 27 de noviembre, 1,2,3,4,5,6,7,9,11 y 12 de diciembre de 2024 Corregimiento San Miguel del Tigre el 13 de diciembre , Vereda San Luis Beltrán 12 de diciembre, 23 de julio, la victoria y progreso 21 de diciembre y 22 de diciembre validando que en las casas tuvieran niños de la edad de 5 - 14 años, se les educo acerca de la parasitosis, medios de transmisión, se les enseño a los niños sobre la importancia del lavado de manos para evitar la parasitosis, se instruyó sobre la técnica adecuada de la higiene de manos según la OMS y los momentos para aplicarlos. Se procedió a firma del consentimiento informado por parte del acudiente. Se les realizo preguntas sobre la parasitosis, Bajo previas normas de asepsia se entregó la pastilla en la mano de cada niño, con una cuchara

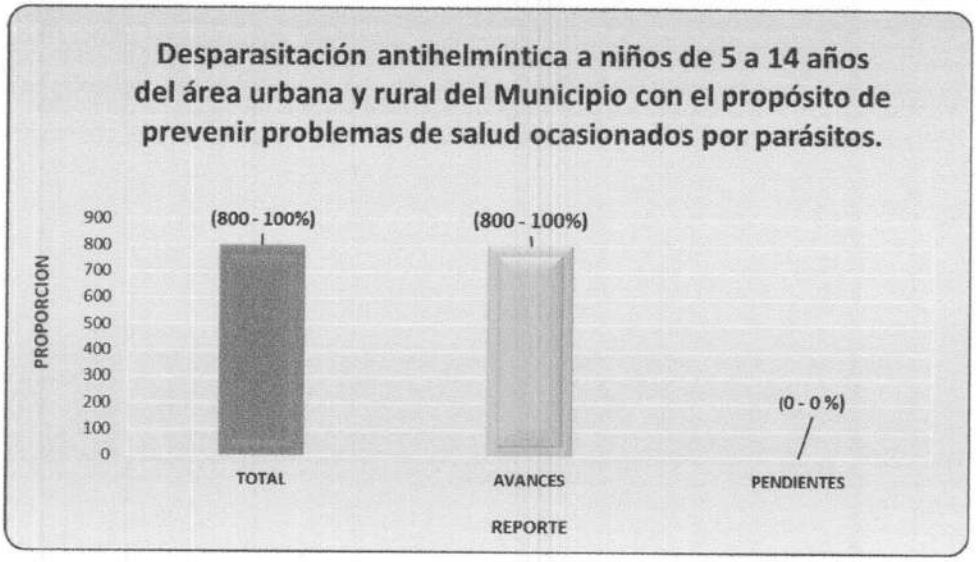
y un vaso con agua se indicaba a los niños que masticaran la pastilla en caso de no poder tragarla. Se les indico los efectos adversos que podían presentar después de la toma de la pastilla.

RESULTADOS O LOGROS:

- ✓ Se realizó la desparasitación de 800 niños en edades de 5 a 14 años de la zona urbano-rural del municipio de Yondó
- ✓ Los niños aprendieron sobre qué son los parásitos y cómo prevenirlos
- ✓ Se realizó empoderamiento sobre la higiene de las manos aplicando la técnica adecuada y los momentos

INDICADOR:

Desparasitación antihelmíntica a niños de 5 a 14 años del área urbana y rural del Municipio con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parásitos.		
Total	**Realizados**	**Pendientes**
800	800	0
100%	100%	0%



ANALISIS:

Se puede evidenciar que de las 800 desparasitaciones antihelmínticas a niños de 5 a 14 años del área urbana y rural del Municipio se han realizaron 800 (correspondientes al 100%), quedando sin pendientes.

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

INFORME CUANTITATIVO:

LUGAR	CANTIDAD
Los barrios 25 de enero, El Paraíso, Tres de Octubre, Brisas del Oriente, Vereda Puerto Los Mangos, Puerto Tomás, Puerto Casabe, Corregimiento San Miguel del Tigre, Vereda San Luis Beltrán 23 de julio, la victoria y progreso.	800 personas
Total	**800 personas**

CONDICIÓN	CANTIDAD
Personas en situación de discapacidad	3 personas
Victima	108 personas
Negritudes/Afrodescendientes	3 personas
Mujeres en gestación	0 personas
Comunidades Indígenas	0 personas
Comunidades LGTBIQ	0 personas
No pertenece a ninguna condición anterior	689 personas
Total	**803 personas**

GÉNERO	CANTIDAD
Hombre	390 personas
Mujer	410 personas
Total	**800 personas**

EDADES	CANTIDAD
Menor de 5 años	0 personas
5-11 AÑOS	568 personas
12- 26 AÑOS	232 personas
27-50 AÑOS	0 personas
Mayor de 50 AÑOS	0 persona
Total	**800 personas**

ZONA	CANTIDAD
Urbana	692 personas
Rural	108 persona
Total	**800 personas**

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

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS:



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

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



KATHERINE ÁLVAREZ MEZA
Enfermera

CARLOS MENDOZA RODRÍGUEZ
Auxiliar de enfermería

RAFAEL OSPINO MÁRMOL
Auxiliar de enfermería

VIVIANA NAVARRO BAYONA
Auxiliar de enfermería

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

Yondó, 26 de noviembre 2024

Señor (a)
EDITH SAJONERO
Presidente junta de acción comunal
Barrio 3 de octubre.

Asunto: invitación especial a la jornada de desparasitación antihelmíntica a niños de 5 a 14 años, con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parásitos, en cumplimiento del Plan de intervenciones colectivas-PIC -2024, entre alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

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

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

LUGAR: Caseta comunal
FECHA: 06 de diciembre de 2024
HORA: 6: 00 pm

Atentamente,

CARMEN CORREA
Subgerente Hospital

presidente
3 de octubre

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

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

Yondó, 06 de diciembre 2024

Señor (a)
BLADIMIR SANABRIA
Presidente junta de acción comunal
Barrio nueva esperanza.

Asunto: invitación especial a la jornada de desparasitación antihelmíntica a niños de 5 a 14 años, con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parásitos, en cumplimiento del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 016-2024, entre alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

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

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

LUGAR: Casa a casa
FECHA: 09 de diciembre de 2024

Atentamente,

Presidente
91441564

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente

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

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

Yondó, 05 de diciembre 2024

Señor (a)
JORGE OVIEDO
Presidente junta de acción comunal
Puerto Tomas.

Asunto: invitación especial a la jornada de desparasitación antihelmíntica a niños de 5 a 14 años, con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parásitos, en cumplimiento del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 016-2024, entre alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

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

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

Nota: Favor los niños presentarse con un adulto responsable y llevar los documentos de identidad.

LUGAR: Caseta comunal
FECHA: 10 de diciembre de 2024
HORA: 9:00 a.m.

Atentamente,

6-12-2024

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente

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

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

Yondó, 05 de diciembre 2024

Señor (a)
HÉCTOR MANUEL JIMÉNEZ
Presidente junta de acción comunal
Puerto los Mangos.

Asunto: invitación especial a la jornada de desparasitación antihelmíntica a niños de 5 a 14 años, con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parásitos, en cumplimiento del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 016-2024, entre alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

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

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

Nota: Favor los niños presentarse con un adulto responsable y llevar los documentos de identidad.

LUGAR: Caseta comunal
FECHA: 10 de diciembre de 2024
HORA: 9:00 a.m.

Atentamente,

Jhon Cabrera

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente

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

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

Yondó, 05 de diciembre 2024

Señor (a)
MIGUEL ANGEL PÉREZ MARIN
Presidente junta de acción comunal
Puerto Casabe.

Asunto: invitación especial a la jornada de desparasitación antihelmíntica a niños de 5 a 14 años, con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parásitos, en cumplimiento del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 016-2024, entre alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

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

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

Nota: Favor los niños presentarse con un adulto responsable y llevar los documentos de identidad.

LUGAR: Caseta comunal
FECHA: 10 de diciembre de 2024
HORA: 9:00 a.m.

Atentamente,

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente

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

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

Yondó, 06 de diciembre 2024

Señor (a)
JAIRO CARDONA
Presidente junta de acción comunal
Barrio brisas del oriente.

Asunto: invitación especial a la jornada de desparasitación antihelmíntica a niños de 5 a 14 años, con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parásitos, en cumplimiento del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 016-2024, entre alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

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

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

LUGAR: Casa a casa
FECHA: 11 de diciembre de 2024

Atentamente,

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

Jairo Cardona.

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente

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

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

Yondó, 06 de diciembre 2024

Señor (a)
MARCELINO MACHACADO
Presidente junta de acción comunal
Barrio 23 de julio.

Asunto: invitación especial a la jornada de desparasitación antihelmíntica a niños de 5 a 14 años, con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parásitos, en cumplimiento del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 016-2024, entre alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

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

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

LUGAR: Casa a casa
FECHA: 12 de diciembre de 2024

Atentamente,

12/10-24

JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente

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

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

Yondó, 06 de diciembre 2024

Señor (a)
JHON JAIRO CANTILLO
Presidente junta de acción comunal
Barrio el paraiso.

Asunto: invitación especial a la jornada de desparasitación antihelmíntica a niños de 5 a 14 años, con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parásitos, en cumplimiento del Plan de intervenciones colectivas-PIC convenio 016-2024, entre alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

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

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

LUGAR: Casa a casa
FECHA: 13 de diciembre de 2024

Atentamente,

Jhon Jairo Cantillo
cc 15.451741
6-12-24
H:5:40

JAVIER GAMARRA C
JAVIER IGNACIO GAMARRA CASTRO
Gerente

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

Yondó, 26 de noviembre 2024

Señor (a)
ROSENDA ORTEGA
Presidente junta de acción comunal
Barrio el Gaitán.

Asunto: invitación especial a la jornada de desparasitación antihelmíntica a niños de 5 a 14 años, con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parásitos, en cumplimiento del Plan de intervenciones colectivas-PIC -2024, entre alcaldía y la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

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

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

LUGAR: Caseta comunal
FECHA: 06 de diciembre de 2024
HORA: 4: 00 pm

Atentamente,

CARMEN CORREA
Subgerente Hospital

Recibido 06. Dic. 2024

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz Elena Rodriguez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1004625386 en calidad de padre, madre o responsable del menor María Camila Herrero identificado RC O TI 1237438412 Estudiante de grado: Pre-escolar de la institución educativa: Inst E. Los Educados Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Luz Elena Rodrigues

CC: 1004625386

TEL: 3144542788

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Marisol Bedoya, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042210590, en calidad de padre, madre o responsable del menor Tania Saray Garcia identificado RC O TI 1092714924 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Marisol Bedoya Perez

CC: 1042210590

TEL: 3133096572

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz Mayerly Marin Agudelo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1039680426 en calidad de padre, madre o responsable del menor Keyli Salome Marin Agudelo identificado RC O TI 1042215427 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Amago (Ant.)

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Luz Marin

CC: 1039680426

TEL: 3133519473

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nini Johana Mahecha M., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: _____, en calidad de padre, madre o responsable del menor Hector Soto Mejia identificado RC O TI 1096807.672 Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: NiNi YohaNA MAhecha

CC: 37579684

TEL: 321 688 15 41

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nini Johana mahecha Martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: _____, en calidad de padre, madre o responsable del menor María del mar montillo identificado RC O TI 1096235337 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: NiNi Johana Mahecha

CC: 37 579 684

TEL: 321 688 1541

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nini Johana mahecha martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: _____, en calidad de padre, madre o responsable del menor Fevi Esmith Barandica Soto identificado RC O TI 1096232638 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: NINI YOHANA MAHECHA

CC: _____

TEL: _____

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nini Johana mahecha martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: _____, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jadier Arley Soto mejia identificado RC O TI 1.096216.295 Estudiante de grado: 5°. de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Nini Yohana Mahecha

CC: 37579684

TEL: 3216881541

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jesica Tatiana Castro, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: (1042214) 1054564044 en calidad de padre, madre o responsable del menor Estefany Camila Florez identificado RC O TI 1042214330 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: Vereda el Vietnan

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: _____

CC: 1054564044

TEL: 3208457194

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Cristina Martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042211516, en calidad de padre, madre o responsable del menor Carlos Manuel Flores identificado RC O TI 1042214926 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Cristina Martinez B

CC: 1042211516

TEL: 3181458132

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Cristina Martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: _____, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sergy Cardenas identificado RC O TI _____ Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Cristina Martinez B

CC: 1042211516

TEL: 3181458132

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Saidy Patricia Contreras, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042210887, en calidad de padre, madre o responsable del menor Salome Contreras identificado RC O TI 1042213487 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Saidy Contreras

CC: 1042210887

TEL: 3127255029

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Saidy Patricia Contreras, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042210887, en calidad de padre, madre o responsable del menor Julieth Tatiana Vargas identificado RC O TI 1042212817 Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: saidy Contreras

CC: 1042210887

TEL: 3127255029

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yeidys Johana Carvajal, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096216848, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yeidis Darlin Brand identificado RC O TI 1096229981 Estudiante de grado: 6º de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yeidis Carvajal

CC: 1096216848

TEL: 3232476027

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

554

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yeidy Conavel, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096216848, en calidad de padre, madre o responsable del menor Esken Lucero Estrada Conavel identificado RC O TI 1042214355 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yeidy Conavel

CC: 1096216848

TEL: 3233247673

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

555

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yeidis Carvajal, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096216848, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ender Emilio Brand Carvajal identificado RC O TI 1.096 224017 Estudiante de grado: 8° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yeidis Carvajal

CC: 1096 247 6023

TEL: 1323247623

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yeidis Meza Emitola, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1001588739 en calidad de padre, madre o responsable del menor Angel David Cordoba Meza identificado RC O TI 1042313971 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: San Pablo (Sur de Bolivar)

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yeidis Meza

CC: 1001588739

TEL: 3175002528

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Marinelsi Sijaros, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042210772, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis Angel Esquivel identificado RC O TI 1042215502 Estudiante de grado: Pre-escolar de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz la Patria

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Marinelsi Yosas

CC: 1042210772.

TEL: _____

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ligia Gavidia, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 20099776, en calidad de padre, madre o responsable del menor Darianny Gavidia identificado RC O TI 1030375 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Luis Eduardo Diaz.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Ligia Gavidia

CC: 20.099.776

TEL: 3245484253

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

559

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Esther Badillo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 10.42211533, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ismael Valderrama identificado RC O TI 1096229511 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: Eswela. la Primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: ESTHER Badillo

CC: 1.042211533

TEL: 3228607686

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

560

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alba maria moro, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 28.150853 en calidad de padre, madre o responsable del menor Jose David Oviedo Mora identificado RC O TI 1097 203777 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: la primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Alba M. Mora

CC: 28.150 853

TEL: 315 725 5017

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz maria Fragoso, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 35.642.121 en calidad de padre, madre o responsable del menor Felipe manco identificado RC O TI 1072098443 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: Medellin

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Luz Maria

CC: 35 642 121

TEL: 3169054927

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yoneidis Chavez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096234814, en calidad de padre, madre o responsable del menor Shaini Nicol Valderrama identificado RC O TI 1.097.202.268. Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: Escuela la primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yoneidis Chavez Lopez

CC: 1.096.234.814

TEL: 3157289333

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz mileidi Anchicoque Vega., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63541295. en calidad de padre, madre o responsable del menor Yeiko Said Valencia Anchicoque. identificado RC O TI 1095319827. Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Primavera.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Luz mileidi Anchicoque Vega.

CC: 63541295.

TEL: 3183095664.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

564

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Katerine Torres., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096202869 en calidad de padre, madre o responsable del menor Juliana Coronado identificado RC O TI 1042.214484 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: la cabaña

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Katherine Torres Paez.

CC: 1096.202.869.

TEL: 3165861343

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

100

565

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jasmin Perez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 63461522, en calidad de padre, madre o responsable del menor Taliana Ardila identificado RC O TI 1097207557 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Compo Gorlan

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: J. P. M.

CC: 63461522

TEL: 3184912755

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jasmin Perez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 63.461.522 en calidad de padre, madre o responsable del menor Yorsana Ardila identificado RC O TI 1097210107 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Campo Galan

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: J. P. M.

CC: 63461522

TEL: 3184912455

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz Carime Sidray, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 28.070791 en calidad de padre, madre o responsable del menor Salome Rodriguez identificado RC O TI 1097210135 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: la Primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Luz Carime Sidray

CC: 28.070.791

TEL: 3172488445

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Adriana Rodriguez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (1) Número: 37581031 en calidad de padre, madre o responsable del menor Isabela Sofia Rodriguez identificado RC O TI 1097208062 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Escuela la Primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Adriana Rodriguez

CC: 37581031 Bloc

TEL: 3218331362

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yennifer Fuentes, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 4315763 en calidad de padre, madre o responsable del menor Kleymar Osma Fuentes identificado RC O TI 59105981 Estudiante de grado: 4º de la institución educativa: Escuela la Primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yenifer A Fuentes T

CC: 4315763

TEL: 3218078439

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

570

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yenifer Fuentes, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 4315763 en calidad de padre, madre o responsable del menor Neglinyhet Josue osma Fuente identificado RC O TI 5910709 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Escuela la primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yenifer A fuentes *

CC: 4315763

TEL: 3218098439

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Manbel Fragoso, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096213727, en calidad de padre, madre o responsable del menor Gilary Ximena García Fragoso identificado RC O TI 1042214100 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: la primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Haribal Fragoso A.

CC: 1096213727.

TEL: 3102270976.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maribel Fragoso, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1097193632, en calidad de padre, madre o responsable del menor Keiner Sebastian Fragoso identificado RC O TI 1096213727 Estudiante de grado: 7° de la institución educativa: Inst Educativo Luis Eduardo Diaz

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Maribel Fragoso A

CC: 1096213727

TEL: 3152270976.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Adriana Meza, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042214306 en calidad de padre, madre o responsable del menor Evelin Juliana Luna identificado RC O TI 1042214955 Estudiante de grado: 10 de la institución educativa: la primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Adriana Meza

CC: 3770258643

TEL: 1042214306

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yurani Cardenas Niño, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 37.580.626, en calidad de padre, madre o responsable del menor Emanuel Jose Herrera identificado RC O TI 1042214661 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: la cabaña

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yuranis CN

CC: 37580626

TEL: 3213412896

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, mildreth carpio, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1049290153, en calidad de padre, madre o responsable del menor Adriana Suarez identificado RC O TI 1042215554 Estudiante de grado: Preescolar de la institución educativa: la cabaña

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Mildreth carpio

CC: 1049290153

TEL: 3024505775.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Wendy moreno Copio, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1001815252, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis Angel Castaneda Copio identificado RC O TI 1042214731 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Compo Gola

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Wendy Moreno

CC: 1001815252

TEL: 3207606904

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, María Crespo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1148944052, en calidad de padre, madre o responsable del menor Janer Crespo Carballido identificado RC O TI 1042214360 Estudiante de grado: 4o. de la institución educativa: la cabaña

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: María Elsy Crespo

CC: 1148944052

TEL: 310 3481519.

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Andrea macias, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1005241191, en calidad de padre, madre o responsable del menor Andres macias identificado RC O TI 1042214433 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Escuela la Primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Andrea Juleth Macias

CC: 1005241191

TEL: 3182473320

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Andrea macias, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1005241191, en calidad de padre, madre o responsable del menor Evelin Sofia Leal identificado RC O TI 1042215596 Estudiante de grado: Pre-escolar de la institución educativa: Escuela la Primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Andrea macias

CC: 1005241191

TEL: 3182473320

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

582

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Elisa Carballido, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213448, en calidad de padre, madre o responsable del menor Iian. Edilber Agudelo Carballido identificado RC O TI 1042215282 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: elisa elena carballido

CC: 1042 213 448

TEL: 3178123982

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Elisa Elena Carballido, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042 213 448, en calidad de padre, madre o responsable del menor Diego Agudelo Carballido identificado RC O TI 1042213497 Estudiante de grado: 4° de la institución educativa: la primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: elisa elena carballido

CC: 1042 213 448

TEL: 3178123982

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Elisa Elena Carballido, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042 213 448, en calidad de padre, madre o responsable del menor Clara Isabell Carballido identificado RC O TI 1042214339 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: la primavera

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Elisa elena carballido

CC: 317 812 3982

TEL: 1042 213 448

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Danys Jimenez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 37575689 en calidad de padre, madre o responsable del menor Luciana Saiz Jimenez identificado RC O TI 1096252281 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Barrancabermeja

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma:

CC: 37575689

TEL: 3003916740

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Julieth Rodriguez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1.001 814 [illegible] en calidad de padre, madre o responsable del menor Maximiliano Rodriguez identificado RC O TI 1042215621 Estudiante de grado: P de la institución educativa: Escuela el Oasis

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Julieth Rodriguez

CC: 1001314793

TEL: 3154318785

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leydi Gutierrez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1005654944, en calidad de padre, madre o responsable del menor Harold Agudelo identificado RC O TI 1096219743 Estudiante de grado: 8° de la institución educativa: Puerto Galan Baranoa

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Leydi Gutierrez

CC: 1005654944

TEL: 3017811108

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leydi Gutierrez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1005654949, en calidad de padre, madre o responsable del menor Marly Juliana Agudelo identificado RC O TI 1042214891 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Escuela la Cabaña

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Leydi Gutierrez

CC: 1005654949

TEL: 3017811108

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leyd. Gutierrez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1005654949 en calidad de padre, madre o responsable del menor Sol. Zairy Agudelo identificado RC O TI 1096233107 Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: Compo Galan

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Leydi Gutierrez

CC: 1005654949

TEL: 3017811108

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

590

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yaidith Agudelo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 28.069949, en calidad de padre, madre o responsable del menor Matias Cortes Agudelo identificado RC O TI 1042214923 Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Escuela el Oasis.

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Yaidith Agudelo

CC: 28069949

TEL: 3155377772

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Zuley Agudelo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042212709, en calidad de padre, madre o responsable del menor Daniel JESUS Carpio identificado RC O TI 1042214284 Estudiante de grado: 3° de la institución educativa: Campo Galan

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Zuley Agudelo Pitaluca

CC: 1042212 709

TEL: 318 7318124

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Zulay Agudelo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212709, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ximena Carpio Agudelo identificado RC O TI 1096815787 Estudiante de grado: - de la institución educativa: CDI

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Zuley Agudelo Pitalua

CC: 1042212709

TEL: 318 731 8724

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Zelenys Pedroza Castro., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1001815.122, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ailyn. Flores identificado RC O TI 1.185.464 069 Estudiante de grado: 5° de la institución educativa: Cabaña

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Zelenys pedroza Castro

CC: 1001815122

TEL: 3004359967

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Zelenis Pedroza Castro, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1001815122 en calidad de padre, madre o responsable del menor Gisselle Flores identificado RC O TI 1097210712 Estudiante de grado: 1° de la institución educativa: Cabero

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Zelenys pedroza Castro

CC: 1001815122

TEL: 3004357967

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Zelenys Pedroza Costa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1001815122, en calidad de padre, madre o responsable del menor marcos Junior Flores identificado RC O TI 1097213048 Estudiante de grado: Pre. escolar de la institución educativa: Cobaza

Autorizo a la ESE-Hospital Héctor Abad Gómez del Municipio de Yondó a realizar la desparasitación del menor en mención y manifiesto que se me ha explicado la administración del ALBENDAZOL, no trae consecuencias negativas para la salud del menor.

Firma: Zelenys pedroza Castro

CC: 1001815122

TEL: 3004357967

☐ Persona refiere no saber firmar, motivo por el cual se pone huella.