1799

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Roan Salon, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 4814161, en calidad de padre, madre o responsable del menor Santyo salon identificado RC O TI 4839137 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: I. E. D.

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: 4814161

TEL: 3223229774

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

1200

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Angela sarmiento sanchez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: G3458500, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yodi sarmiento identificado RC O TI 1042212466 Estudiante de grado: 9 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: Angela sarmto

CC: G3458500

TEL: 3162529996

☐ 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, Yolitza Alarcon, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: _____, en calidad de padre, madre o responsable del menor Elian Guerrero Alarcon. identificado RC O TI 1042 114956 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: I E D.

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: Yolitza Alarcon F.

CC: 1042215373

TEL: 3188492165

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

1202

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz Dary Urrutia, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1028020920 EZ en calidad de padre, madre o responsable del menor Jhonatan Delgado identificado RC O TI 1042213281 Estudiante de grado: G 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: LUZDARY URRUTIA

CC: 28.020.476

TEL: 3132776742

☐ 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, Beatriz Lopez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63979237, en calidad de padre, madre o responsable del menor Emmanuel Rodriguez identificado RC O TI 1096229760 Estudiante de grado: 7 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: _____

CC: 63179232

TEL: 3164290915

☐ 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, Dalila muñoz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 27950375 en calidad de padre, madre o responsable del menor: Sara Camargo identificado RC O TI 1042215470 Estudiante de grado: Transición de la institución educativa: Cols Eduardo Briz

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: Dalila Muñoz S

CC: 27950375

TEL: 3163250839

☐ 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, Ely Johana Silva Pedrozo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (✓) Número: 1.042.213.325, en calidad de padre, madre o responsable del menor Allyson Lerma Silva identificado RC O TI 1'042.215.452 Estudiante de grado: Transición de la institución educativa: Luis Eduardo Díaz

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: Ely Johana Silva P.

CC: 1.042.213.325

TEL: 310 300 3146

☐ 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, Yadirson Keyes, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042212952, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan Keyes identificado RC O TI 1097207964 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: Americo

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: 1042212952

TEL: 3134385041

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

1207

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alejandra Valencia Benitez., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1001815582., en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis Angel Rodriguez Benitez. identificado RC O TI 1042212838. 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: [signature]

CC: 1001815582.

TEL: 3166117044.

☐ 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 López, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042212354 en calidad de padre, madre o responsable del menor Meltis identificado RC O TI 1039693588 Estudiante de grado: 9 de la institución educativa: Barranca

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 Victoria López

CC: 1042212354

TEL: 3102181637

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

1209

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maribel Lopez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1092212354, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dayana Acevedo identificado RC O TI 1092212390 Estudiante de grado: 9 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: Maribel Victoria Lopez

CC: 1092212354

TEL: 3102181637

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

1210

E.S.E. HOSPITAL HÉCTOR ABAD GÓMEZ

NIT. 800.014.884-7

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Angie Paola ocampo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042274364 en calidad de padre, madre o responsable del menor Zharlotte Robelo identificado RC O TI 1096249581 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: Angie ocampo

CC: 1042274364

TEL: 3227923270

☐ 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, Charmin Fonseca, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042210905, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan David Arevalo fonseca identificado RC O TI 1096288772 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: Charmin Fonseca

CC: 1042210905

TEL: 3153598009

☐ 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, Charmin Fonseca, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042210905 en calidad de padre, madre o responsable del menor Lauren Yoraida Baldovino identificado RC O TI 1096255382 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Robales.

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: Charmin Fonseca

CC: 1042210905

TEL: 3153598008

☐ 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, Cisa giraldo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1055976394 en calidad de padre, madre o responsable del menor Alison Cadavid identificado RC O TI 1096258331 Estudiante de grado: Prescolar de la institución educativa: Nuevo Horizonte

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: Lizeth Giraldo H.

CC: 1055976394

TEL: 3204489220.

☐ 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, Amparo Peñate, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21949924, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dilan Cadavid identificado RC O TI 1042212988 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: Amparo Peñat.

CC: 21 949 924

TEL: 321 43 45 855

☐ 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, Amparo Peñate, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21949924, en calidad de padre, madre, o responsable del menor Alan cadavid identificado RC O TI 1042215382 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: 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: Amparo Peñate

CC: 21 949 924

TEL: 321 413 45 85

☐ 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, Diana Munera Ochoa., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1037659795 en calidad de padre, madre o responsable del menor Thiago Cadavid Munera. identificado RC O TI 1042215491 Estudiante de grado: primero de la institución educativa: Mi nuevo horizonte.

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: 1037659795

TEL: 3185182967

☐ 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, Miguel baldovino, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 3537830 en calidad de padre, madre o responsable del menor Camilo identificado RC O TI 1097797697 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:

CC: 3537830

TEL: 3153934723

☐ 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, Miguel Baldovino, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 3534347837 en calidad de padre, madre o responsable del menor Mariana Baldovino identificado RC O TI 1097797359 Estudiante de grado: 10 de la institución educativa: Luis Eduardo Díaz

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: 3537830

TEL: 3153934723

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

1219

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Marisela Caballero, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096184966 en calidad de padre, madre o responsable del menor Mathias Caballero identificado RC O TI 1097204279 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: 11 de Noviembre 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: Marisela Caballero Barrera.

CC: 1096.184.966

TEL: 3118070368.

☐ 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, Maricela caballero, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (1) Número: 1096184966, en calidad de padre, madre o responsable del menor Kevin Caballero identificado RC O TI 1096220292 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: Maricela Caballero Barrera

CC: 1'096.184966

TEL: 3118070368.

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

1221

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Adriana mosquera andrade, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1007895717, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis fernando mosquera identificado RC O TI 1097212302 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: Luis eduardo Bira

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 Mosquera Andrade

CC: 1007895717

TEL: 3137013075

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

1222

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, paula emilia martinez lopez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096 222361, en calidad de padre, madre o responsable del menor mavis jose magri martinez identificado RC O TI 1042214879 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: Paula Emilia Martinez L.

CC: 1096222361

TEL: 3002623597

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

1223

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yamira paola vargas martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: _____, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yordi Jhoan Bereño vargas identificado RC O TI 1097 108 649 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: (vi) eduardo briz

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: Jhon Elian gonzales vargas

CC: 1135893734

TEL: _____

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

1224

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yamile Lozano, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21950568, en calidad de padre, madre o responsable del menor Emanuel David Osorio Lozano identificado RC O TI 1042214 363 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: Yamile Lozano

CC: 21950568

TEL: 3143376891

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

1225

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Natalia zuleta ramirez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042215144, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dana alejandra ramirez pulgarin identificado RC O TI 1042212625 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: Sede la Soledad la Cooperativa

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: Natalia Zuleta R

CC: 1042215144

TEL: 323 457 22 68

☐ 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, Natalia zuleta ramirez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042215144, en calidad de padre, madre o responsable del menor andrú valentina jimenez ramirez identificado RC O TI 1042215734 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: sede la soadora la cooperativa

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: Natalia zuletaR

CC: 1042215144

TEL: 3234572268

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

1227

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yesenia Díaz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950783, en calidad de padre, madre o responsable del menor Maicol Striven Quintero Díaz identificado RC O TI 1042212953 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: Luis eduardo Díaz

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: Yesenia Diaz Cardenas

CC: (315) 21950783.

TEL: 3158376954

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

1220

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Erika Diaz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212669, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jonathan Smith Carpio Diaz identificado RC O TI 1097208700 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: Erika Diaz C.

CC: 1042212669

TEL: 3217600117

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

1224

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana monsalve, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042212533, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jose fernando castro monsalve identificado RC O TI 1097204200 Estudiante de grado: 4) 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: Diana Monsalve

CC: 1042212533

TEL: 3187714255

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

1230

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Emilse vargas ramirez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096183272 en calidad de padre, madre o responsable del menor Helen ailen mendoza vargas identificado RC O TI 1096621311 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: IEI 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: _____

CC: 1096183272

TEL: 3232459913

☐ 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, Jasbleidy Nieto Bentancur, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1051636137, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mavis Gonzales Bentancur identificado RC O TI 1049321815 Estudiante de grado: 6 de la institución educativa: Ciudadela

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: Jasbleidy Nieto B.

CC: 1051636137

TEL: 3001685723

☐ 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, Mirlei romero, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1098620652, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sarai Lineth Vargo identificado RC O TI 1042213489 Estudiante de grado: 6 de la institución educativa: Luis eduardo Díaz

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: Mirledys Romero

CC: 1098620652

TEL: 3142142610

☐ 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, Mirledys Romero, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1098620652, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mariangel Hidalgo identificado RC O TI 1042214807 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: IEU eduardo Díaz

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: Mirledys Romero

CC: 1098620652

TEL: 3142142610

☐ 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, Natalia zuleta ramirez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042215144, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yeri katalexa osorio ramirez identificado RC O TI 1042212243 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: sede la sombra la cooperativa

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: Natalia Zuleta R.

CC: 1042215144

TEL: 3234572280

☐ 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, Natalia zuleta ramirez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213144, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yeris sofia osorio ramirez identificado RC O TI 1042217480 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: sede la soledad la esperanza

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: Natalia Zuleta R

CC: 1042213144

TEL: 323 457 2268

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

1250

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz orozco, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950743, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dara Cuervo identificado RC O TI 1096 ZJ7409 Estudiante de grado: Quinto de la institución educativa: vereda la represa

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 Bany Orozco -

CC: 21950743.

TEL: 3150468849.

☐ 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, Beatriz Charris, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 25078722, en calidad de padre, madre o responsable del menor andrea Charris identificado RC O TI 1042133216 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: IES Eduardo Díaz

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: [signature]

CC: 25.078.722

TEL: 3222509365

☐ 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, Beatriz Chavez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 25 078 722, en calidad de padre, madre o responsable del menor andres mateo identificado RC O TI 1097243826 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: Luis Eduardo

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: 25.078.722

TEL: 322.2589365

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

1254

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Neiandra Chavez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096232049 en calidad de padre, madre o responsable del menor Dra. Sebastian Sanabria Chavez identificado RC O TI 1096234980 Estudiante de grado: G de la institución educativa: Lic Eduardo Briz

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: Neiandra Chavez G.

CC: 1.096.232.049

TEL: 3023452180

☐ 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 orozco, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950793, en calidad de padre, madre o responsable del menor maria de los angeles identificado RC O TI 1097521432 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: vereda la represa

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 Bany Orozco.

CC: 21950743

TEL: 3155468849

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

1241

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz Orozco, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21950743, en calidad de padre, madre o responsable del menor Camila Garcia identificado RC O TI 1097943621 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: Vereda La Regreja

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 Bany Orozco

CC: 21950743

TEL: 3155468849

☐ 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 orozco, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950743, en calidad de padre, madre o responsable del menor Helen orozco identificado RC O TI 1042212947 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: vereda la represa

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 Bany Orozco

CC: 21950743

TEL: 3158468849

☐ 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, Emilse Espitia G., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21 950 925, en calidad de padre, madre o responsable del menor Merab Ortiz Espitia identificado RC O TI 1.097.205.863. Estudiante de grado: 2° de la institución educativa: Liceo Luis Eduardo Díaz.

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: 21 950 925.

TEL: 3026566007.

☐ 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, Emilse Espitia M., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21 950 925, en calidad de padre, madre o responsable del menor Melany Ortiz Espitia identificado RC O TI 1.097.798.709 Estudiante de grado: 6° de la institución educativa: _____

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: 21 950 925.

TEL: 3026566007.

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

1245

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Elise Espitia M., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21 950 925, en calidad de padre, madre o responsable del menor Meily Jareth Ortiz identificado RC O TI 1097.198.147 Estudiante de grado: 8° de la institución educativa: Liceo 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:

CC: 21 950 925.

TEL: 3026966007.

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

1246

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Teodomira Gomez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 37,929323 en calidad de padre, madre o responsable del menor Dilmar guzman identificado RC O TI 1097432628 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: Garcia rubio

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: Teodomira G

CC: 37929323

TEL: 3142782795

☐ 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, Elena liced sidray rivera, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1001 814 966, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sara cristina sidray identificado RC O TI 1097199871 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: luis eduardo dias

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: 1001814966

TEL: 3042228390

☐ 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, Elena Iriced Sidray, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1001819966, en calidad de padre, madre o responsable del menor Gian martinez identificado RC O TI 1042215543 Estudiante de grado: andey 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: _____

CC: 1001819966

TEL: 3042228390

☐ 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, Elena Rivera, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1001874966, en calidad de padre, madre o responsable del menor James Rodriguez Sidray identificado RC O TI 1185464343 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: _____

CC: 1001874966

TEL: 3042228390

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

(250

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Gisela pacheco molina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63562722 en calidad de padre, madre o responsable del menor Jesus adrian pco pacheco identificado RC O TI 1090609940 Estudiante de grado: 9 de la institución educativa: Luis eduardo

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: Gisela pacheco M
CC: 63562722
TEL: 3143686576

☐ 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, Sofia plata rueda, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 3770609, en calidad de padre, madre o responsable del menor Yoxi vega rodrigez identificado RC O TI 10962348 Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: luis eduardo mora

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: 3770 609

TEL: 315 412 42 11

☐ 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, yuri alejandra ciro, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042213682, en calidad de padre, madre o responsable del menor mariana sofia avila ciro identificado RC O TI 1042122163 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: ~~[illegible]~~ formio

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: Yuli ciro O.

CC: 1042213682

TEL: 3182829483

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

1253

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maritza Alejandra Ramos Cardenas, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1005182488, en calidad de padre, madre o responsable del menor Kendall Salome Ramos Cardenas identificado RC O TI 1042215278 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: Maritza Ramos

CC: 1005182488

TEL: 3042490397

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

7254

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leidy Viviana herrera castañeda, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213054, en calidad de padre, madre o responsable del menor santiago giraldo identificado RC O TI 1042213435 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: Luis eduardo mejia

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: LEIDY VIVIANA HERRERA

CC: 1042213054

TEL: 3160700801

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

1255

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, leidy viviana herrera cartagena, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213054, en calidad de padre, madre o responsable del menor leimar parra herrera identificado RC O TI 1042213435 Estudiante de grado: 0 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: Leidy Viviana Herrera

CC: 1042213054

TEL: 3160700809

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

1256

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Monica liliana Fontalvo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 37651681, en calidad de padre, madre o responsable del menor adrian Jeffrey alonso identificado RC O TI 1042215170 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:

CC: 37651.681

TEL: 3008387292

☐ 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, Yamma amaya, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 25996096, en calidad de padre, madre o responsable del menor angelica martin identificado RC O TI 1102017796 Estudiante de grado: 11 de la institución educativa: IE) 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: YammaAmaya

CC: 25996096

TEL: 3184217498

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

-1258

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, yurley andrea arias alfares, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1097 195 940, en calidad de padre, madre o responsable del menor alexandra hernandez identificado RC O TI 1097195940 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: Monseñor

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: Alexandra

CC: 1097 195940

TEL: 3223128733.

☐ 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, Diana ospina florez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1002465583, en calidad de padre, madre o responsable del menor Lizeth ospina identificado RC O TI 1048 JJ 55 06 Estudiante de grado: 11 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: Diana Ospina

CC: 1002465583

TEL: 3207008033

☐ 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, Diana ospino, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1002465783, en calidad de padre, madre o responsable del menor andres felipe ospino ruiz identificado RC O TI 1042212766 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: luis eduardo

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: DIANA OSPINO

CC: 1002465583

TEL: 3202908033

☐ 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, Diana ospina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1002465587, en calidad de padre, madre o responsable del menor William silva ospina identificado RC O TI 1097203958 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: luis eduardo Díaz

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: DIANA OSPINO

CC: 1002465583

TEL: 3202908033

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

1262

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yaisury Vargas, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1001815190, en calidad de padre, madre o responsable del menor Valeria Andrea identificado RC O TI 1042142573 Estudiante de grado: sexto de la institución educativa: Luis eduardo

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: Yaisury Vargas

CC: 1.001.815.190

TEL: 3003774059

☐ 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, Ruben D. Cardo. C, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096213701, en calidad de padre, madre o responsable del menor Anan Cardo. identificado RC O TI 1042214865 Estudiante de grado: Tercero de la institución educativa: Luis eduardo

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: Ruben Andres Cardoso Cano

CC: 1.096.213.701

TEL: 3107570582.

☐ 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, Paola Gonzalez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213681, en calidad de padre, madre o responsable del menor Elder Salcedo identificado RC O TI 1046109779 Estudiante de grado: Segundo de la institución educativa: Luis Eduardo

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: Yesica Paola

CC: 1042213681

TEL: 3115631685

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

1265

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Hoyos, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21938035, en calidad de padre, madre o responsable del menor Thon Esber Ortiz identificado RC O TI 1007104998 Estudiante de grado: Séptimo de la institución educativa: Luis Eduardo Mora

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: _____

TEL: _____

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

1266

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Herrera, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21938035, en calidad de padre, madre o responsable del menor Kan Steven identificado RC O TI 1097191618 Estudiante de grado: _____ de la institución educativa: Sabana de Torres

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: Maria

CC: 21938035

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, Hortencia Ardila, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21949725, en calidad de padre, madre o responsable del menor Tamara Cardenas identificado RC O TI 1097491648 Estudiante de grado: once de la institución educativa: Luis Eduardo

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: 21949725

CC: 21949725

TEL: 3136266067

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

1268

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Libet' Cuadros, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1104134912, en calidad de padre, madre o responsable del menor Elektra Valentina identificado RC O TI 1096255348 Estudiante de grado: Segundo de la institución educativa: Luis Eduardo

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: Libet Cuadros Revelo

CC: 1104134917

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, Jessica A Díaz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042211047, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ross Mari Otero Diaz identificado RC O TI 1042213543 Estudiante de grado: 5. de la institución educativa: I E D.

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: Alexa Diaz

CC: 1042211047

TEL: 3162849651

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

1270

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mileidis Guzman, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1001815443, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jeronimo Guzman identificado RC O TI 1076807343 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: Mileidis Guzman paez

CC: 1001815443

TEL: 3183687247

☐ 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, Margarita Guzman, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 2000000831 5, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sebastian Guzman identificado RC O TI 1042213528 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: margarita guzman paez

CC: 2000008315

TEL: 3187421734

☐ 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, Liliana Bentancur, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1036664952, en calidad de padre, madre o responsable del menor Selena Buranso identificado RC O TI 1042215123 Estudiante de grado: 7 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: LilianaB.R.

CC: 1036664952

TEL: 3007662647

☐ 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, Diana Carolina López, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096205078, en calidad de padre, madre o responsable del menor Una Caballero identificado RC O TI 1097929299 Estudiante de grado: 9 de la institución educativa: Camilo Torres

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: Diana Carolina López

CC: 1096205078

TEL: 3004333389

☐ 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, Jenifer Castaño, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1005784369, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jordy Biscaino identificado RC O TI 1042213627 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: _____

CC: 1005784369

TEL: 3177410876

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

1275

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Bety Areas, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: _____, en calidad de padre, madre o responsable del menor Valery Sehanes identificado RC O TI 1042212923 Estudiante de grado: 8 de la institución educativa: Casd

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: Bety Areas

CC: _____

TEL: 3072293973

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

1276

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Elsi Lucia salgz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 28483878, en calidad de padre, madre o responsable del menor Angel Riaño salgz identificado RC O TI 1097202053 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: Elsi Lucia salgz.

CC: 28483878

TEL: 3015222437

☐ 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, Mercedes Guzman, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 63467206, en calidad de padre, madre o responsable del menor Emili Guzman identificado RC O TI 1097206392 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: [signature]

CC: 63467206

TEL: 3177589222

☐ 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, ~~Jenifer~~ Mercedes Gozman, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63467206, en calidad de padre, madre o responsable del menor Johan Rodriguez identificado RC O TI _____ Estudiante de grado: 2 de la institución educativa: Luis 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: _____

CC: 63467206

TEL: 3177589222

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

1279

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Luz Patricia Martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1092278002, en calidad de padre, madre o responsable del menor Isabel Patricia Peñaloza identificado RC O TI 1092275358 Estudiante de grado: Prescolar de la institución educativa: Luis Edgardo 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: PATRICIA

CC: 1042216002

TEL: 3224365328

☐ 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, Yeiny estefania Sampayo villa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096225804, en calidad de padre, madre o responsable del menor Gabyiorey belen Sampayo identificado ~~RC~~ O TI 1042215372 Estudiante de grado: Primero 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: Yeiny villa

CC: 1096225804

TEL: 3023428183

☐ 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, Elizabeth Rodriguez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1116494267 en calidad de padre, madre o responsable del menor Angelica Castro identificado RC O TI 1096259755 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: ELIZABETH RODRIGUEZ

CC: 1116 494 267

TEL: 3184286003

☐ 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, Monica L. Torres O., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1039681809, en calidad de padre, madre o responsable del menor Matias Acosta T. identificado RC O TI 1042213851 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: Lb 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: _____

CC: 1039681809

TEL: 3134534878

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

1283

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Angie Mariana Gonzales, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096255556, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jose Ronaldo Gonzales Quintero identificado RC O TI 1042215412. 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: Mireni Quintero 14.

CC: 1096255G

TEL: 3146542160

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

1284

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Eleidis candelaria Ruiz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1102577044 en calidad de padre, madre o responsable del menor Sharit Carolina Paternostro Ruiz identificado RC O TI 1049266274 Estudiante de grado: 7 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: Mireni Quintero M

CC: 1102577044

TEL: 3208026911

☐ 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, Paola Cano Hernandez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042212655 en calidad de padre, madre o responsable del menor Emiliano Fonseca Cano identificado RC O TI 1042215251 Estudiante de grado: Primero de la institución educativa: Mi nuevo Horizonte.

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: Paola Cano.

CC: 1042212655

TEL: 3135543600

☐ 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, Paola Cano Hernandez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1042212655, en calidad de padre, madre o responsable del menor Salomé Cañas, identificado RC O TI 1042215636 Estudiante de grado: Guardería 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: Paola Cano

CC: 1042212655

TEL: 3135543600

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

1237

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Astrid Carolina Herrera Hoyos, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1096245838, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sara Michelle Guerrero Herrera identificado RC O TI 1042214606 Estudiante de grado: 3 de la institución educativa: Luis Eduardo Díaz.

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: Carolina Herrera

CC: 1096245838

TEL: 3102139633

☐ 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 Jaraba Arcuio, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 1050355096 en calidad de padre, madre o responsable del menor Santiago Quiroga Jaraba identificado RC O TI 1097202403 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: luis eduardo días

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: Manbel Jaraba Arcuio
CC: 1050355096
TEL: 3225061825

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

1289

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, francy Martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 37575632, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mailon Tiago identificado RC O TI 1042215632 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: Francy Martinez

CC: 37575632

TEL: 3174056377

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

1290

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Francy Martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 37575632, en calidad de padre, madre o responsable del menor Logan hoyos identificado RC O TI 1042215998 Estudiante de grado: Prescolar 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: Francy Martinez

CC: 37575632

TEL: 3779056377

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

7291

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leidy Cuadros, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1092272705, en calidad de padre, madre o responsable del menor (Valeria) Ivallen cuadros V identificado RC o TI 1092273744 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: Leidy Cuadros V.

CC: 1092272705

TEL: 3045220206

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

7292

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Leidy Coadros, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042212705 en calidad de padre, madre o responsable del menor Brayan Coadros identificado RC O TI 1096806656 Estudiante de grado: 7 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: Leidy Coadros U.

CC: 1042212705

TEL: 3045220206.

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

1293

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Helena Lopez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1098677860 en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan Diego Londoño identificado RC O TI 1042215897 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: 6 min. Nuestra señora del Belén.

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: Helena Lopez J.

CC: 1098677860

TEL: 3142490485

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

1294

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Ruth Delia García Cuarta, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21950827, en calidad de padre, madre o responsable del menor Onana Restrepo identificado RC O TI 1097413189 Estudiante de grado: 0 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: Ruth Delia García C

CC: 21950827

TEL: 3158102826

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

1295

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mercedes Guzman, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63467206, en calidad de padre, madre o responsable del menor Juan Hurtado identificado RC O TI 1096245849 Estudiante de grado: 9 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: [signature]

CC: 63467206

TEL: 3177589222

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

1296

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Flor yanet corzo G, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 51909159, en calidad de padre, madre o responsable del menor ~~Sara Ariana~~ Ariana Arrieta identificado RC O TI 1042212399 Estudiante de grado: 5 de la institución educativa: ~~Eda~~ Nuevo Horizonte

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: [signature]

CC: 51909159

TEL: 3177396818

☐ 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, Sindy Martinez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042212006, en calidad de padre, madre o responsable del menor Antonela saavedra identificado RC O TI 1097213987 Estudiante de grado: guarderia de la institución educativa: _____

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: Sindy Martinez

CC: 1042212006

TEL: 3186649002

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

1298

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Diana Monsalve, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042212533, en calidad de padre, madre o responsable del menor Elner Andres castro identificado RC O TI 1097196973 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: Diana Monsalve

CC: 1042212533

TEL: 3187141255

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

1299

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Erika Diaz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042212669, en calidad de padre, madre o responsable del menor Karen Yulieth Diaz identificado RC O TI 1097190766 Estudiante de grado: 7 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: Erika Diaz C.

CC: 1042212669.

TEL: 3247100117

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

1300

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Yesenia Diaz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21950783, en calidad de padre, madre o responsable del menor Michelldayana Quintero Diaz identificado RC O TI 1095170583 Estudiante de grado: 9 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: Yesenia Diaz Cardenas

CC: 21950783

TEL: 3158376954

☐ 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, Marta Lucia Baos, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042212740, en calidad de padre, madre o responsable del menor Michel Arevalo identificado RC O TI 1042215067 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Luis Eduardo Braz

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: Martha Lucia Baños R

CC: 1042212740

TEL: 3127156723

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

1302

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jenifer Leon Duran, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1018153712, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis Angel Cardona identificado RC O TI 1092275903 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: Laguna

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: Jenifeleon

CC: 1001815312

TEL: 3234006960

☐ 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 Dary Mosquera, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63471628, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luis Moreno identificado RC O TI 1097792777 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:

CC: 63471628

TEL: 3209771991

☐ 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, Neiandra chavez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1096232049, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mateo Moreno identificado RC O TI 1092275508 Estudiante de grado: Prescolar 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: Neiandra Chaver G.

CC: 1096232049

TEL: 3023952180

☐ 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, Viviana Herrera, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1042213094, en calidad de padre, madre o responsable del menor Kendys Florez identificado RC O TI 1096808022 Estudiante de grado: 7 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: Viviana Herrera

CC: 1042213094

TEL: 3160700807.

☐ 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, Antonia Sanchez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1063167157, en calidad de padre, madre o responsable del menor Joshua Mirera Sanchez identificado RC O TI 1096256548 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: _____

CC: 1063167157

TEL: 3212294158.

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

1307

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Marta Lucia Baño, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042212740, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luisa Arevalo identificado RC O TI 1042213500 88 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: Colg 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: Martha Lucia Baños R

CC: 1042212740

TEL: 3127156773

☐ 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, Paula Andrea Castañeda, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1093770720, en calidad de padre, madre o responsable del menor Andy herrera identificado RC O TI 1054550609 Estudiante de grado: 10 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: Juan Antonio Castañeda P.

CC: 1093770720

TEL: 3783839270

☐ 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, Paula Andrea Castañeda, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1093770720, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dana Amado identificado RC O TI 1091979838 Estudiante de grado: 9 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: Paula Andrea Castañeda Ruiz

CC: 1093770720

TEL: 3183839270

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

1310

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Damaris morales, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1098707881, en calidad de padre, madre o responsable del menor Luna mendez identificado RC O TI 1092719575 Estudiante de grado: 4 de la institución educativa: Luis edoardo 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: Damaris Morales P.

CC: 1098707881

TEL: 3103996491.

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

1311

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Damaris morales, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1098707887, en calidad de padre, madre o responsable del menor Emili morales identificado RC O TI 1039690774 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: Damaris Morales P.

CC: 1098707887

TEL: 3103996491

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

1312

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nevis vega morales, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 10922/453, en calidad de padre, madre o responsable del menor Helen Benitez identificado RC O TI 1092275465 Estudiante de grado: transicion 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: Nevis Vega

CC: 1042214537

TEL: 3222396439

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

1313

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Elena Cuadros, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: _____, en calidad de padre, madre o responsable del menor Keila Cuadros identificado RC O TI 1096812095 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: Elena Cuadros V.

CC: _____

TEL: 3217731200

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

1314

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Noralba Galeano, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 37578374 en calidad de padre, madre o responsable del menor Cloi Cuadros identificado RC O TI 1092275697 Estudiante de grado: Transición de la institución educativa: El hogar

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: NoralbaGL

CC: 37578374

TEL: 3125293743

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

1315

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Daniela Rua Restrepo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1039700808, en calidad de padre, madre o responsable del menor Danni Alejandro Jimenez identificado RC O TI 1097208028 Estudiante de grado: Segundo de la institución educativa: Luis Eduardo

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: Daniela Rua

CC: 1039700808

TEL: 323 581 0808

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

1316

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Daniela Ros Restrepo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1039700808, en calidad de padre, madre o responsable del menor Keyla Ximena Ros identificado RC O TI 1042213506 Estudiante de grado: Tercero de la institución educativa: Luis Eduardo

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: Daniela Ros

CC: 1039700808

TEL: 3235810808

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

1317

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Daniela Rua Restrepo, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1039700808, en calidad de padre, madre o responsable del menor Mikny Sofia Cus identificado RC O TI 1042212842 Estudiante de grado: Sexto grado de la institución educativa: Luis Eduardo

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: Daniela Rua

CC: 1039700808

TEL: 3235810808

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

1318

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Edubiges Vargas, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 23846006, en calidad de padre, madre o responsable del menor Ivana Cano identificado RC O TI 1048220487 Estudiante de grado: decimo de la institución educativa: Vereda

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: Edubiges Vargas

CC: 23846006

TEL: —

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

1319

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Nem Johans Medina, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 24652134 en calidad de padre, madre o responsable del menor Yaneth Fonseca identificado RC O TI 1096230116 Estudiante de grado: octavo de la institución educativa: Luis Eduardo

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: 24.652.134

TEL: 3224562045

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

1320

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Marcela Martínez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 21950085 en calidad de padre, madre o responsable del menor Gabriel Castro identificado RC O TI 1098227334 Estudiante de grado: Nueve de la institución educativa: Luis Eduardo

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: 21950-085

TEL: 3177248.8699

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

1321

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Karen Melguera Navarro, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1098212523 en calidad de padre, madre o responsable del menor Michael Melguera identificado RC O TI 1023993527 Estudiante de grado: Sexto de la institución educativa: Luis Eduardo

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: 1098212523

TEL: 3132495914

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

1322

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Kamy Melyssa Navarro, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1098126523, en calidad de padre, madre o responsable del menor Melissel Melyssa identificado RC O TI 1057135782 Estudiante de grado: Cinco de la institución educativa: Luis Eduardo

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: 1098 12523

TEL: _____

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

1323

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Kamy Mosquera Navarro, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1098216523, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sharik Martinez identificado RC O TI 1096643411 Estudiante de grado: Segundo de la institución educativa: Luis Eduardo

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: 1098216523

TEL: _____

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

1324

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Jasbleidy Santamaria, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096243541, en calidad de padre, madre o responsable del menor Thomas Santamaria identificado RC O TI 1096238575 Estudiante de grado: Quinto de la institución educativa: Luis Eduardo

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: Jasbleidy Santamaria

CC: 1096243540

TEL: 3133173413

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

1325

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Maria Isabel Rodriguez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 21950415, en calidad de padre, madre o responsable del menor Damir Vega. identificado RC O TI 1096908948 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: I E D.

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: Maria Isabel Rodriguez.

CC: 21 950 415

TEL: 3155776255.

☐ 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, Juliana Diaz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 63470744 en calidad de padre, madre o responsable del menor Mariana Martinez. identificado RC O TI 1042213107 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: Juliana Diaz

CC: 63470744

TEL: 3219471390

☐ 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, Maria Isabel, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 21950418, en calidad de padre, madre o responsable del menor Johan Ucya identificado RC O TI 1039695346 Estudiante de grado: 7. de la institución educativa: I.E.D.

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: Maria Isabel Rodriguez

CC: 21950415.

TEL: 3155776255.

☐ 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 Yamile Rojas, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC ( ) Número: 63264245, en calidad de padre, madre o responsable del menor Jesus E Osorio identificado RC O TI 1023640127 Estudiante de grado: 7 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: Luz Yamile Rojas

CC: 63264245

TEL: 3144069893

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

1329

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Emilse Vargas Ramirez., identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096183272 en calidad de padre, madre o responsable del menor Jose Fernando Pabon V. identificado RC O TI 1096807121 Estudiante de grado: 7 de la institución educativa: I. E. D

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: x

CC: x 1096183272

TEL: x 3123245913

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

1330

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Xilena Benitez Hernandez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096226066, en calidad de padre, madre o responsable del menor Dani Mateo Bolaño identificado RC O TI 1096917004 Estudiante de grado: 1 de la institución educativa: IED

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: Xilena Benitez H.

CC: 1096226066

TEL: 3132929490

☐ 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, Xilena Benitez, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 1096226066, en calidad de padre, madre o responsable del menor Sharol Sarai Bolaño identificado RC O TI 1042215323 Estudiante de grado: Quinto de la institución educativa: Cabañas

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: Xilena Benitez H.

CC: 1096226066

TEL: 3132929440.

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

1332

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carlos Diaz, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 6346013, en calidad de padre, madre o responsable del menor Erick Lopez identificado RC O TI 1069208411 Estudiante de grado: octavo de la institución educativa: Luis Eduardo

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: Carlos Diaz

CC: 6346013

TEL: 3233672917.

☐ 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, Flora Patricia Bustamante, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 28150628, en calidad de padre, madre o responsable del menor Felipe Morales identificado RC O TI 1091634236 Estudiante de grado: Sexto de la institución educativa: CAID (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: 28150628 Girón.

TEL: 3184481823

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

1334

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Alexis Patricio Bustamante, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (x) Número: 28150628, en calidad de padre, madre o responsable del menor Valeria Morales identificado RC O TI 1098797284 Estudiante de grado: Octavo de la institución educativa: CAID

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: 28150628 Girón.

TEL: 3184481823

☐ 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, Diana Vasquez Bossa, identificado(a) con documento de identidad T.I. ( ) CC (X) Número: 1042214711, en calidad de padre, madre o responsable del menor Carolay Naranjo identificado RC O TI 1042254479 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: Diana V.

CC: 1042214711

TEL: 3184867225

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

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: Desparacitacion Antihelmintica a niños de 5 a 14 del area urbana del municipio con el Proposito de Prevenir Problemas de salud ocacionados Por Parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: enfermera jefe y auxiliares de enfermeria

FECHA: 22 de diciembre del 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	Emilly Martinez		X	9	1091205424							X	Progreso		estudia	3164629597		emilly
2	Elizabeth Beltran		X	6	1023546869							X	Progreso		estudia	3164629597		eliza
3	Maia Beltran		X	11	1096233241							X	Progreso		estudia	3164629597		maia
4	Guadalupe Acosta		X	14	1056777728							X	cantarrana		Estudia	3133369979		Guadalupe
5	Isabela Navas		X	12	1097506289							X	cantarrana		estudia	3175788065		Isabela
6	Maria Chaverra		X	10	1097202905							X	23dejulio		estudia	3152269909		maria
7	Luis Chaverra	X		13	1097795596							X	23dejulio		estudia	3012189690		LUS
8	Manuel Pabon	X		14	1096275395							X	23dejulio		estudia	3073759706		Emanuel
9	Sara Castañeda		X	10	1096236692							X	23dejulio		Estudia	3073759706		Sara
10	Santiago Castañeda	X		6	1096256779							X	23de julio		Estuda	3073759706		santi
11	Abelardo Alvares	X		54	9143978							X	23dejulio		[illegible]	3125357824		Abelardo
12	Dioselina chica		X	59	63166160							X	23dejulio		Ama dec.	3167872262		dio selina
13	Miguel ospina	X		6	1012215501							X	23dejulio		Estudia	3188932777		miguel
14	Carol Diaz		X	11	1027200785							X	23dejulio		estudia	3213283307		Carol
15	David marin	X		5	1050557972							X	23 Julio		Estudia	3169028768		David
16	Jaime martinez	X		14	1092272707							X	23 Julio		Estudia	3169028768		jaime
17	Keren Correa		X	8	1096205025							X	23 Julio		Estudia	3152038366		Kerenn
18	Juan Correa	X		9	1096244467							X	23 Julio		Estudia	3152038366		Juan
19	Schlegel sanchez	X		13	1030780789							X	23 Julio		Estud ia	3152038366		Victor
20	Andres henao	X		8	1205966524							X	23 Julio		Estudia	3028390613		Isabel

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: Desparasitacion ant.helmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 01-6-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera JEFE y Auxiliares de Enfermeria

FECHA: 22 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	Witsell Cardenas A.	X		5	1042215670							X	Progreso		Estudiante	3167909826		Witsell
2	Jeronimo Cardenas A.	X		8	1096813007							X	Progreso		Estudiante	3167909826		Jeronimo
3	Angelina Arcudo		X	12	1042213203	X							progreso		Estudiante	3122433994		Angelina
4	Andrea Lucia Medina		X	9	1042214114	X							Progreso		Estudiante	3122433994		Andrea L
5	Elian Guerrero Alarcon	X		7	1042.214986	X							Progreso		Estudiante	3188492165		Elian
6	Matias Moreno	X		7	1042214174							X	progreso		Estudiante	3228302018		Matias M
7	Maria Camila Perez		X	14	1051637292	X							Progreso		Estudiante	3225523179		M: Camila
8	Ariana M. Villadiego		X	8	1025178696								Progreso		Estudiante	3005541401		Ariana M
9	Sharon Sancha	X		14	1042212616							X	progreso		Estudiante	3507261207		Sharon Sancha
10	Alan Jose Pena S.	X		7	1042215174							X	progreso		Estudiante	3024197274		Alan Jose
11	Erik Arroyo Cordoba	X		10	1096810478							X	23 de julio		Estudiante	3143185712		Erik
12	Olman Arroyo Cordoba	X		8	1097206942							X	23 de julio		Estudiante	3143185712		Olman S
13	Liam Montoya	X		9	1097206800	X							23 de julio		Estudiante	3109550372		Liam
14	Cristian Montoya	X		14	1042212606	X							23 de julio		Estudiante	3109550372		Cristian
15	Santiago Salon	X		7	1039127	X							23 de julio		Estudiante	3222329774		
16	Samanta Salon		X	7	1038985								23 de julio		Estudiante	3222329774		
17	Ariadna Camarra Benitez		X	6	1042220771							X	23 de julio		Estudiante	3146246081		Ariadna GB
18	Austin Guerrero L	X		8	1042216781							X	23 de julio		Estudiante	3202247610		Austin.
19	Samuel Zapata	X		8	1042274965							X	23 Julio		estudia	3023409274		Samuel
20	Karol Zapata		X	9	1042274082							X	23 Julio		Estudia	3023409274		Karol

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-CAC-DAM-01
	Fecha de Aprobación :	21/02/2024
FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA	Versión:	2
	Paginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desparacitacion Antihelmintica a niños de 5 a 19 del area urbana del municipio con el Proposito de Prevenir Problemas de salud ocacionados Por Parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: enfermera jefe y auxiliares de enfermeria

FECHA: 22 de diciembre del 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	Luis Rodriguez	X		13	1092272858							X	Progreso		Estudiante	3166117044		Luis
2	Melkis frey	X		14	1039693588							X	Progreso		Estudiante	3102181637		melkis
3	Dayana Acevedo		X	14	1042212390							X	Progreso		Estudiante	3102181637		dayana
4	Zharlotte Rodelo		X	9	1096299581							X	Progreso		Estudiante	3102181637		Zharlotte
5	Juan Arevalo	X		7	1096288792							X	Progreso		Estudiante	3153591808		Juan
6	Lauren Baldovino		X	5	1096255382							X	Progreso		Estudiante	3153591808		Lauren
7	Alison Cadavid		X	5	1096258331							X	Progreso		Estudiante	3209489220		Alison
8	Dilan cadavid	X		10	1042212488							X	Progreso		Estudiante	3219345855		dilan
9	Alan Cadavid	X		6	1042275382							X	Progreso		Estudiante	3219345855		Alan
10	Thiago Cadavid	X		6	1042275497							X	Progreso		estudia	3185782967		Thiago
11	Camilo baldovino	X		12	1097747697							X	Progreso		Estudia	3753939723		camilo
12	Mariana baldovino		X	14	1097747359							X	Progreso		Estudi	3753939723		mariana
13	Mathias Caballero	X		9	1097204219							X	Progreso		Estud	3178070368		mathias
14	Kevin Caballero	X		13	1096220272							X	Progreso		Estud	3178070368		kevin
15	Jhonatan Delgado	X		12	1042273281							X	Progreso		estudiante	3732776792		Jhonatan
16	Emmanuel Rodriguez	X		13	1096224760							X	Progreso		estudia	3142909775		Emmanuel
17	Sara camargo		X	6	1042275470							X	Progreso		Estudia	3763250839		Sara
18	Alison Lerma		X	6	1042275452							X	Progreso		Estudia	3725808673		Alison
19	Juan Jose Reyes	X		11	1097007969							X	Progreso		estud	3739385097		Juan
20	Yudi Sarmiento		X	14	1042272765							X	Progreso		Estudi	3186936299		Yis

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[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: Desparasitacion antihelmintica a niños de 1 a 19 años del area urbana del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enf. Jefe y Aux. de Enfermeria

FECHA: 22 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	andres mateos mario	X		6	1042215347							X	progreso		Estudiante	3203703494		matias
2	karol yulica cano lopez		X	13	1042212716							X	Progreso		Estudiante	3203703484		Karol C.
3	Maite camila aconcha		X	12	1042213171							X	~~Cardiante~~		Estudiante	3214399395		Maite a.
4	Josue camilo aconcha	X		14	1097190386							X	progreso		Estudiante	3214399395		Josue A.
5	Dilan Yesid Graña	X		11	1042213985							X	Progreso		Estudiante	3166899774	Dilan	~~Maite a.~~
6	Yosuan sebastian ramirez	X		13	1042216799							X	progreso		Estudiante	3123877343		Zoraodalozano
7	ernes david veles lopez	X		10	1042212729							X	Progreso		Estante	3123877343		Zoraodalozano
8	Cristal estrella ramirez Veles		X	8	1098207987							X	progreso		Estudiante	3123877343		Zoraodalozano
9	katalleya ~~Gallaterol~~ morales		X	6	1096255767							X	Progreso		Estudiante	3022372740		Catalleya
10	cristofer Sosa perez	X		7	1042213043							X	Progreso		Estudiante	3003879969		Cristopher Sosa
11	deidri sofia Sosa perez		X	6	1035464379							X	Progreso		Estudiante	3003879969		Deibi Sofia S
12	Deivi andres Sosa benitez	X		14	1097193310							X	Progreso		Estudiante	3103127618		Deivi Andrés
13	emmanuel sosa benitez	X		7	1097208781							X	Progreso		Estudiante	3103127678		.Emmanuel
14	Nataly Shoana garcia		X	9	1097204989	X						X	progreso		Casa	3186668536		No Firma
15	Maria fernanda Sabrid		X	12	1098735691							X	Progreso		Estudiante	3186668536		Fernanda
16	Sara Valentina Camargo		X	5	1042215970							X	progreso		Estudiante	3023804491		
17	Lirdin Liscano	X		9	1042214984							X	~~Progreso~~		Estudiante	3023804491		Linda Maria
18	Sebastian Perez	X		11	1042213600							X	Progreso		Estudiante	3118616776		Sebas J
19	Stefany garcia		X	14	1042213507							X	progreso		Estudiante	310 2203933		
20	Katerine garcia		X	12	1042212187							X	progreso		Estudiante	310 2203933		

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 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: Desparasitacion antihelmintica a menor de 5 a 14 años del area urbana del municipio. con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera jefe y Aux. de enfermeria

FECHA: 27 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	Karolina garcia ospina		X	12	1098809791							X	progreso		Estudiante	3125805834		
2	Steeany tarba		X	14	1042212507							X	progreso		Estudiante	3125805834		
3	Ricardo arrieta	X		12	1096909691							X	progreso		Estudiante	3125805734		
4	Juan Fernando benitez	X		8	1222253883							X	progreso		Estudiante	3177053997		
5	Katleen Yanet estrada		X	13	1042216711							X	progreso		Estudiante	3177053997		
6	Maria Josue arrazue zilca	X		7	1097228890							X	progreso		Estudiante	3173971097		
7	Juan Camilo arrazue	X		14	1097799350							X	progreso		Estudiante	3173971097		
8	Dilan salgado	X		9	1042272872	X							Progreso		Estudiante	3162510907		
9	Juliana salgado	X		7	1097720879	X							progreso		Estudiante	3162510907		
10	Eilin gabriela martinez		X	10	1042210987							X	progreso		Estudiante	3108009319		
11	Valentina ramirez		X	13	1042213383							X	progreso		Estudiante	3127917021		
12	Sofia pineda		X	7	1097209998							X	progreso		Estudiante	3127911021		
13	Salome perez		X	5	1142726138							X	progreso		Estudiante			
14	Mariangel bustos		X	5	1142726134							X	23 julio		Estudiante	3113266503		
15	Ayli Sofia Echavarria		X	9	1042214380							X	23 julio		Estudiante	3043781304		
16	Fabiana Echavarria		X	11	1042213568							X	23 julio		Estudiante	3043781304		
17	Maximiliano castañeda diaz	X		8	1099063162							X	23 julio		Estudiante	3206735261		
18	Julian andres salgado	X		6	1096874770							X	23 julio		Estudiante	3114507978		
19	Juan Corredor	X		9	1092274337							X	23 Julio		Estudia	3784969769		
20	Alejandra Corredor		X	11	1092213650							X	23 Julio		Estudia	3784969769		

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.

7341

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: Desparacitacion antihelmintico a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016 -2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe y Aux Enfermeria

FECHA: 21 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	Jesus C. Osorio Rojas	X		14	1023640127							X	Barrio		Estudiante	3144068843		Jesus
2	Jose Felo Pabon	X		12	1098765411							X	Barrio		Estudiante	3232454413		
3	Mariana Martinez		X	12	1042213107							X	Barrio		Estudiante	3214471340		Mariana M.
4	Daiver Urrego.	X		12	1096808825							X	Barrio		Estudiante	3155776255		Daiver Urrego
5	Johon Urrego.	X		14	1039695346							X	Barrio		Estudiante	3155776255		Jhoan U
6	Briana Yireth Rodriguez		X	5	1097213180							X	Barrio		Estudiante	3158102826		Ruth Delia
7	Melany Sofia Ruiz Restrepo		X	13	1042212842							X	Barrio		Estudiante	3235618508		Daniela
8	Keyla Vanessa Ruiz		X	11	1042213506							X	Barrio		Estudiante	3235618508		Daniela
9	Danna Alejandra Jimenez	X		9	1097108016							X	Barrio		Estudiante	3235618508		Daniela
10	Zaireth Fonseca		X	12	1096230119							X	Barrio		Estudiante	3224562045		Zaireth
11	Ivana Gañan		X	13	1096220487							X	Barrio		Estudiante	3206203963		Ivana G.
12	Thomas Santamaria	X		10	1096236576							X	Barrio		Estudiante	3133173412		Thomas
13	Kaleth Castro Avilez	X		11	1096112345							X	Barrio		Estudiante	3186202774		Kaleth. C
14	Dani Manana Bolaño		X	8	1096912004							X	Barrio		Estudiante	3132929440		DANI
15	Sharol Sara; Bolaño		X	8	1093215323							X	Barrio		Estudiante	3132612442		Sharol.
16	Erick Lopez	X		13	1096109415							X	Barrio		Estudiante	3233072912		
17	Felipe Morales Bustamante	X		10	1096234276							X	Barrio		Estudiante	3184481823		Felipe
18	Valeria Morales		X	12	1097197294							X	Barrio		Estudiante	3194491887		Valeria
19	Michell Mosquera	X		13	1042212798							X	Barrio		Estudiante	3124512816		
20	Sergio Mosquera	X		10	1097135472							X	Barrio		Estudiante	3124512816		

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad. 2.Desplazado. 3. Negritudes y/o Afrodescendientes. 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, TICs 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: Desparacitación antihelmintica niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de Prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y AU de Enfermería

FECHA: 21 de Octubre 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	Maicol Stiven Quintero Diaz	X		13	1042212853							X	Brisas del o		Estudiante	3158376854		Maicol
2	Jonathan Smith Carpio Diaz	X		8	1097206700							X	Brisas del o		Estudiante	3217100117		Jonathan
3	Jose Fernando Castro Mon.	X		9	1097209200							X	Brisas del o		Estudiante	3187714255		Josefernando
4	Helen Aiden Mendoza Vargas		X	6	1098621371							X	Brisas del o		Estudiante	3232470473		
5	Marlin Gonzales Betancur		X	12	1042213825							X	Brisas del o		Estudiante	3168 85723		Marlyn
6	Sarai Yineth Hidalgo Romero		X	11	1042213488							X	Brisas del o		Estudiante	3142142610		Saray
7	Mariangel Hidalgo		X	8	1042214807							X	Brisas del o		Estudiante	3142142610		Mariangel
8	Yuri Natalia Osorio Ramirez		X	10	1042212243							X	Brisas del o		Estudiante	3234572269		Natalia
9	Yorlis Sofia Osorio Ramirez		X	8	1042217486							X	Brisas del o		Estudiante	3234572268		Sofia
10	Andri Valentina Jimenez Ramirez		X	8	1042215734							X	Brisas del o		Estudiante	3234572268		Valentina
11	Danna Alejandra Ramirez Posada		X	6	1042212646							X	Brisas del o		Estudiante	3234572268		Danna
12	Emanuel David Osorio Lizcano	X		8	1042214505							X	Brisas del o		Estudiante	314 7376190		Emanuel
13	Yordi Juana Beleño Varela	X		12	1097198649							X	Brisas del o		Estudiante	3135893734		Jhonelian
14	Maria Jose Macia Martinez		X	8	1042214874							X	Brisas del o		Estudiante	3002032591		Maria J
15	Luis Fernando Moreno Andrade	X		10	1097212302							X	Brisas del o		Estudiante	313 7613075		Luis Fernando
16	Yeraldin Valentina Martinez		X	12	1042213316							X	Brisas del o		Estudiante	310 8136439		
17	Daniel Enrique Martinez	X		10	1097204674							X	Brisas del o		Estudiante	310 8136439		Daniel M.
18	Andres Felipe Ruigna Benitez	X		14	1097194510							X	Brisas del o		estudiante	3145382365		
19	Eiriden Maileth Torres Diaz		X	6	1096232733							X	Brisas del o		Estudiante	3024001250		Daniping Rojas
20	Erwin Ricardo Ortiz	X		7	1047208738							X	Brisas del o		Estudiante	3024001250		Daniping Rojas

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:	Desparacitacion antihelmintica a niños de 5a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos.	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	Pic. 016-2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Enfermero Jefe y Auxiliar Enf.		
FECHA:	21 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	Angel Riaño	X		10	1097202053							X	Brisas		Estudiante	3075229431		Angel
2	valery Sehuanes		X	13	1042212923							X	Brisas		estudiante	3042930820		valery
3	Jordy Bscaino	X		9	1042213627							X	Brisas		Estudiante	3777970376		Jordy
4	Lina caballero		X	14	1097192929							X	Brisas		Estudiante	3007662697		Lina
5	Selena Duranso		X	7	1042205123							X	Brisas		Estudiante	3007662697		Selena
6	Sebastian Guzman	X		8	1042213528							X	Brisas		Estudiante	3187927734		sebast
7	Jeronimo Guzman	X		13	1096807343							X	Brisas		Estudiante	3187927734		Jero.
8	Carolay Naranjo		X	6	1042254479							X	30 octubre		Estudiante	3184867225		carol
9	Ezequiel machuca	X		5	1042275582							X	30 octubre		Estudiante	3177298379		Ezequiel
10	valeria machuca		X	8	1042276444							X	30 octubre		Estudiante	3177298379		valeria
11	Brayan giraldo	X		11	1096806636							X	30 octubre		Estudiante	3217737200		Brayan
12	Nailen cuadros		X	10	1042273744							X	30 octubre		Estudiante	3217737200		Nailen
13	Cloi cuadros		X	5	1042215697							X	30 octubre		Estudiante	3125293793		Cloi
14	Keila Cuadros		X	9	1096872095							X	30 octubre		Estudiante	3217737200		Keila
15	Helen Benitez		X	6	1042215465							X	30 octubre		Estudiante	3222596439		Helen
16	Emili morales		X	11	1039696077							X	30 octubre		Estudiante	3103996991		emili
17	Luna Mendez		X	9	1042217514							X	30 octubre		Estudiante	3103996991		Luna
18	Dana Amado		X	11	1097797838							X	30 octubre		Estudiante	3766080681		Dana
19	Andy herrera		X	14	1054550609							X	30 octubre		Estudiante	3147988907		Andy
20	Luisa Arevalo		X	11	1042273500558							X	30 octubre		Estudiante	3127756775		Luisa

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: 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 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: Desparasitacion antihelmintica a niños de 5 a 14 años de area urbana y rural del municipio con el proposito de Prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enf. Jefe y Aux de enfermeria

FECHA: 21 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	Michel dayana quintero		X	14	1095110583							X	Brisas.0		Estudiante	3239989745		Michell Q.
2	Karen Yulieth Diaz		X	14	1097190766							X	Brisas.0		Estudiante	3217100117		Karen D.
3	Einer Andres castro	X		13	1097196973							X	Brisas		Estudiante	3187719755		Einer C.M
4	Antonela saavedra		X	5	1097213987							X	Brisas		estudiante	3186649002		Antonela
5	Ariana Arrieta		X	10	1042212397							X	Brisas		estudiante	3177396818		Ariana
6	Santiago Quiroga	X		9	1097200907							X	Brisas		Estudiante	3225675897		santiago
7	Sara Michel guerrero		X	5	1042279606							X	Brisas		Estudiante	3102759633		sara
8	Dara salome gañan		X	5	1042215251							X	Brisas		Estudiante	3735593600		Dara
9	Emiliano fonseca	X		7	1042215636							X	Brisas		Estudiante	3735593600		emiliano
10	Sharit Paternostro		X	12	1049266234							X	Brisas		Estudiante	3208026972		sharit
11	Joseronaldo Quintero	X		9	1042274488							X	Brisas		Estudiante	3208026972		Jose
12	Matias Acosta Tairo	X		12	1042213251							X	Brisas		Estudiante	3134539278		Matias
13	Angelica Lucia castro		X	7	1096254755							X	Brisas		Estudiante	3184286003		Angelica
14	Gabi Corel Beleño		X	6	1042275572							X	Brisas		Estudiante	3023928183		Gabi
15	Isabel Penaloza		X	6	1042215358							X	Brisas		Estudiante	3229365328		Isabel
16	Johan Rodriguez	X		8	1042215828							X	Brisas		Estudiante	3177589222		Johan
17	Emili Guzman		X	9	1097206392							X	Brisas		estudiante	3177589222		Emili
18	Juan hurtado	X		14	1096275897							X	Brisas		Estudiante	3177589222		Juan
19	Logan hoyos	X		5	1042239448							X	Brisas		Estudian	3179056377		Logan
20	Mailon tirado	X		9	1042212729							X	Brisas		Estudan	3179056377		mailon

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:	Desparacitacion antihelmintico a niña de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionado por parasitos.	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC ab. 2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Enfermera Jefe y Aux de Enfermeria		
FECHA:	21 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	Michel Arevalo		X	7	1092275067							X	3 octubre		Estudiante	3127756773		michel
2	Luis cardona	X		6	1092215403							X	3 octubre		Estudiante	3235906960		Luis
3	Luis moreno	X		14	1097192777							X	3 octubre		Estudiante	3174757696		Luis
4	Mateo moreno	X		6	1092215508							X	3 octubre Victoria		Estudiante	3023752180		mateo
5	Kendrys florez		X	13	1096808022							X	Victoria		Estudiante	3160700807		Kendry
6	Joshua morera	X		6	1096256598							X	Victoria		Estudiante	3212299158		Joshua
7																		
8																		
9																		
10																		
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 gestación, 5. Comunidades Indígenas, 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: Desparacitación antihelmintico a niño de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016.-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Aux. de Enfermeria

FECHA: 21. 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	Zhanes Martinez		X	8	1096991341							X				3174912846		
2	Jesus Diego sanchez	X		7	1096543676							X	3 de octubre		Estudiante	3142490485		Juan Diego
3	Rosamania Ochoa		X	14	1042213548							X	3 de octubre		Estudiante	3162849651		Rosa
4	Elektra Valentina Rivas		X	6	1096255319							X	3 de octubre		Estudiante	3203436209		Elektra
5	Shard Tamara Cardona		X	14	1097199168							X	3 de octubre		Estudiante	3022467747		Tamara C.
6	Kevin Stiven correa	X		12	1097197273							X	3 de octubre		Estudiante	3105503075		Kevin
7	Jhon Edier ortiz Herrera	X		11	1097194979							X	3 de octubre		Estudiante	3105330374		Edier
8	Heidi Salcedo	X		9	1046109779							X	3 de octubre		Estudiante	3115631683		Heidier
9	Aaron Andrei Carbajo A.	X		8	1042214865							X	3 de octubre		Estudiante	3214496140		Aaron
10	Valeria Andrea Vergara		X	14	1042214873							X	3 de octubre		Estudiante	3174979427		Valeria
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazados 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: Desparacitacion antihelmintico a niños de 5 a 14 años del area Urbana y rural del municipio con el proposito de Prevenir problemas de salud ocasionadas por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC-016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermeo Jef. y Auxiliares de Enfermeria

FECHA: 22. 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	angeline morfil		X	14	1100d7796							X	Brisas del o		Estudiante	3184217498		Yesmarf.
2	alexandra Hernandez		X	13	1097193990							X	Brisas del o		Estudiante	3223128737		alexandra
3	Nazeth ospina florez		X	14	1048 DJJ506							X	Brisas del o		Estudiante	3202908033		Cerlly50.
4	Andres felipe ruiz ospina	X		13	1042212766							X	Brisas del o		Estudiante	3202908033		Andres f
5	William silva ospina	X		9	1097203958							X	Brisas del o		Estudiante	3202908033		William
6	adrian JEFFREY alonso	X		7	1042215170							X	Brisas del o		Estudiante	3008387092		
7	Dismar Guzman Segovia Suarez	X		8	1097432628							X	3 octubre		Estudiante	3142782795		Dismar
8	Sara Lucia Guerra Orozco		X	5	1096257409							X	3 octubre		Estudiante	3155488849		
9	Maria de los angeles		X	8	1097521432							X	3 octubre		Estudiante	3155468849		
10	Camila Garrios		X	8	1077943621							X	3 octubre		Estudiante	3187379290		
11	Helen orozco		X	6	1042212947							X	3 octubre		Estudiante	3155468849		
12	Melanis ortiz		X	12	1097198701							X	3 octubre		Estudiante	3026566007		Melany
13	Merad ortiz	X		9	1097203763							X	3 octubre		Estudiante	3026566007		Merad
14	Merlis ortiz		X	14	1097192147							X	3 octubre		Estudiante	3026566007		
15	sara castaño		X	11	1097199871							X	3 octubre		Estudiante	3186640230		
16	James rodriguez	X		9	1185464343							X	3 octubre		Estudiante	3186640230		
17	Gia martinez	X		6	1042215593							X	3 octubre		Estudiante	3186640230		
18	Jesus adrian pico pacheco	X		14	1096804840							X	30 octubre		Estudiante	3150193618		Jesus
19	Yoriks6 vega rodriguez	X		8	1076237487							X	3 octubre		Estudiante	3154124211		YOVKS
20	Melani Sofia avila giro		X	8	1042212163							X	3 octubre		Estudiante	3202720330		Melany

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3.Negritudes y/o Afrodescendientes, 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

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: Desparasitación antihelmintico a niño de 5 a 14 años del municipio con el propocito de prevenir problemas de salud ocacionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Aux de Enfermeria

FECHA: 22 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	Kendall salome ramos		x	7	1042215278							x	Bg victoria		Estudiante	3012499397		Maritza R
2	leinay herrera	x		6	1042213435							x	victoria		Estudiante	3160700807		
3	santiago Giraldo	x		11	1042230126							x	victoria		En casa	3160700807		
4	juan sebastian sanabria chavez	x		11	1096254480							x	victoria		Estudia	3023452780		juan sebas
5	Andres montilla	x		9	1097243826							x	victoria		Estudia	3222589365		Andres
6	andrea charris		x	7	1042213216							x	victoria		Estudia	3222589365		Andrea
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Convenciones: 1.Personas ehsituación 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,TICs y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION 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: Desparasitacion antihelmintico a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

PIC 016 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe y Auxiliares de Enfermeria

FECHA: 27 de Noviembre 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	Evelin Yiveth Caro A		x	14	1.042.212.447	x	x						San miguel del Tigre		Sin actividad	3128030131		
2	Melany Yantza Gutierrez.		x	10	1042283922							x	San miguel Tigre		Estudiante	3214286021		melany
3	Matias Pahuena	x		7	1042215271							x	San miguel Tigre		Estudiant	3144434742		Matias
4	Jan mateo Pahuena	x		9	1042214148.							x	San miguel del tigre		Estudiante	3144434742		Jan Mateo
5	Luis Enrique Altube Vera	x		12	1057747328							x	San miguel del tigre		Estudiante	3116382476		
6	Meilyn Valeria Zabaleta		x	9	1096243782	x							San Miguel del tigre		Estudiante	3125828911		Meilyn
7	Luis Alejandro Narvaez	x		10	1096240660							x	San miguel tigre		Estudiante	3108709527		Luis
8	Alys Sofia Narvaez		x	9	1096295572							x	San miguel de tigre		Estudiante	3108709527		Alys sofia
9	Juan felipe Galindo	x		12	1057736485							x	San miguel tigre		Estudiante	3138480097		Juan Felipe
10	Mariana Rincon		x	7	1042214881							x	San miguel tigre		Estudiante	3219953962		Mariana
11	Josue castro Miranda	x		7	1097209655							x	San miguel Tigre		Estudiante	3213360863		
12	Sofia valentina campo		x	9	1047205529	x							San miguel tigre		Estudiante	3204229530		Sofia v. campo
13	Juan Pablo de la Asuncion	x		11	1066291932							x	San miguel tigre		Estudiante	3115029399		Juan Pablo
14	Lian Felipe Gamba Sejia	x		6	1141361291							x	San miguel tigre		Estudiante	3223268737		
15	Carlos Daniel Giraldo		x	5	1042215620							x	San miguel tigre		Estudiante	3103426332		
16	Ken Antonio Trujillo		x	6	1096256946							x	San miguel tigre		Estudiante	3225073557		Antonio trujillo
17	Isabela Trujillo Garcia	x		6	1096256947							x	San miguel tigre		Estudiante	3225073557		Isabela
18	Keylen Katalleya Diaz Campo	x		5	1042215678							x	San miguel tigre		"	3204229530		
19	Thasya Rincon Jimenez		x	5	1097214043							x	San miguel del tigre		Estudiante	3219953962		JHOANA
20	Laura Natalia mejia		x	8	1097207853							x	San miguel del tigre		Estudiante	3229145701		Laura

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 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:	Desparasitacion antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio, con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 016-2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Enfermera jefe y Auxiliares de enfermeria		
FECHA:	27 de Noviembre 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	Yolitza Mariana Mejia		x	5	1042256217							x	San miguel tigre		Estudiak	3229145707		
2	July Jimena Castillo		x	14	1102721023							x	San miguel tigre		Estudiante	3229145707		YOLi Jimen
3	Lucero lopez		x	8	1097206818							x	San miguel tigre		Estudiak	3132633167		Lucero
4	Tamara lopez Ortiz		x	8	1097206817							x	San miguel del tigre		Estudiak	3132633167		tamara
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
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

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: Desparasitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años del área urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud, ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Dic 06 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Auxiliares de Enfermería.

FECHA: 1 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	Diego Andres Nuñez Fonseca	X		6	1042212987							X	25 Enero		Estudiante	3115854591		Diego
2	Sair Lozano Altamiro	X		6	1011410755							X	25 Enero		Estudiante	3124547448		Sair
3	Samanta Lozano		X	7	1096813709							X	25 Enero		Estudiante	3124547448		Samanta
4	Carlos Andres Martinez	X		14	1148944005							X	25. Enero		Estudiante	3122178878		Carlos.
5	Lisney Martinez Colla		X	12	1097867442							X	25 Enero		Estudiante	3222178878		Kenia
6	Tifany Ma. Sofia Lozano		X	7	1042215107							X	25 Enero		Estudiante	3081613794		Tifany
7	Jared Mateo Vega Velez	X		5	1042215837							X	25. Enero		Estudiante	3152588220		Jared
8	Cris Estefan Vega Velez		X	10	1042214007							X	25 Enero		Estudiante	3152588220		Juan F
9	Juan Felipe Alzate	X		11	1042212987							X	25 Enero		Estudiante	3134481303		Juan Felipe
10	Melany Andrea Gualdron		X	11	1097200456							X	25 Enero		Estudiante	3103176344		Melany
11	Isabell cristina Morrys		X	6	1096254964							X	25 Enero		Estudiante	3105775325		Isabella
12	Angelen Sofia Camara		X	9	1096249027							X	25 Enero		Estudiante	3227190262		Angelen
13	Robin Junior Gutierrez M.	X		6	1042215423							X	25 Enero		Estudiante	3227190262		Robin
14	Angel David Prieto M.	X		8	6967851 Venezuela							X	25 Enero		Estudiante	3123368606		Angel
15	Damian Steven Bedoya	X		12	1097198782							X	25 Enero		Estudiante	3023639605		Damian
16	Jordan Florez Uparela	X		8	1096248245							X	25 Enero		Estudiante	3145049814		Jordan
17	Rusmayre Molina		X	7	1830757							X	25 Enero		Estudiante	3168673411		Rusmainis
18	Emanuel Jose Nuñez molina	X		11	6969694							X	25 Enero		Estudiante	3168673411		Emmanuel
19	Luis Jose Nuñez	X		9	6970317							X	25 Enero		Estudiante	3168673411		Luis
20	Maria Martina Martinez	X		10	1096811506							X	25 Enero		Estudiante	3206360150		martina

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

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:	Desparasitacion antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud, ocasionados por parasitos	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 016 2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Enfermera Jefe y Auxiliares de Enfermeria.		
FECHA:	1 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	Nora Elisa Muñoz		x	11	1096810115							x	25 Enero		Estudia	3118537916		NORA
2	Salome Hernandez Alvarez		X	7	1042215035							x	25 Enero	6	Estudiante	3126892181		Salome
3	Ariana Rueda Gantiva		x	12	1097198829							x	25 Enero		Estudiante	3145780281		Ariana
4	Erika Samanta Perez		x	8	1042214709							x	25 Ener		Estudiant	3145780281		Erika
5	Jeronimo Mora lopez	x		9	1042214344							x	25 Enero		Estudiante	3125660055		Jeronimo
6	Luciano Vergara	x		7	1042215042							x	25 Enero		Estudiante	3152994957		Luciano
7	Nahiara Arboleda		x	8	1035668774							x	25 Enero		Estudiante	3168589939		Nahiara
8	Mayra Alejandra Castaño		x	14	1103673420							x	25 Enero		Estudiante	3104426542		Mayra A
9	Jhosuan Guerra	x		10	1042213841							x	25 Enero		Estudiante	3001315080		Jhosuan
10	Jose Cabrera	x		13	93454211	x							25 Enero		Estudiante	3246092213		
11	Martha Sarith Santana		x	11	1097200054							x	25 Enero		estudiante	3203870575		Martha
12	Yuroni Daliana Granados		x	13	1106397208							x	25 Enero		Estudiante	3237397970		Yuroni Daliana
13	Zury Dayanis Granados		x	9	1049292379							x	25 Enero		Estudiante	3237397970		Zury
14	Jhonny Lerma	x		14	1097193152							x	25 Enero		Estudiante	3102503584		Jhonny
15	Santiago montoya	x		7	1042215211							x	25 Enero		Estudiante	3163334770		Santiago
16	Jhondany Camargo	x		8	1096247208							x	25 Enero		Estudiante	3102153671		Jhondany
17	Samy michel Hernandez		x	8	1042214605							x	25 Enero		Estudiante	3102153671		Samy
18	Tiago Hernandez Gualtron	x		7	1097210423							x	25 Enero		Estudiante	3102153671		Tiago
19	miguel Alberto Dorado Diaz	x		10	1097201828							x	25 Enero		Estudiante	3146265643		miguel
20	Yahiron Dorado Diaz	x		8	1097208070							x	25 Enero		Estudiante	3146265645		Yahiron

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

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: Desparatitacion antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio, con el proposito de prevenir problemas de salud, ocacionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

PIC 016 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero jefe y Aux de enfermeria

FECHA: 1 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	Shaira Salgado Rosario		X	11	1.125.762.117							2	25 enero		Estudiante	311.475.5586		Shaira
2	Jhon Delgado Rosario	X		10	1.125.761.798							X	25 enero		Estudiante	3114755836		Jhon
3	Diego Heran Lopez	X		14	1.098216994							X	25 enero		estudiante	3122354254		Diego...
4	Keyller Monterroza Aguirre	X		14	1096.807060							X	25 enero		Estudiante	3144815366		keyller
5	Anyeli M. Salgado Molina		X	13	1096251322							X	25 enero		Estudiante	3112529157		Anyelis
6	Albanis Salgado Molina		O	11	1096251325							V	25 enero		estudiante	3112529157		Albanis
7	Moises Salgado Molina	O		10	1096251827							X	25 enero		estudiante	3112529157		Moises
8	Alexa Salgado Molina			7	1042215028							X	25 enero		Estudiante	3112529157		Alexa
9	Ian Marcelo Delgado Neto	X		7	1042215020								25 enero		Estudiante	3008107337		Ian
10	Maira Melendrez Hurtado		X	10	1042.213.68							X	25 enero		Estudiante	3168807721		Maira J.
11	Tati Lorena Ballesteros ortiz		X	7	1042215198							X	25 enero		estudiante	3116369443		Tati ortiz
12	Milton Stevens Perez Serrano		X	10	1096811045	X							25 Enero		Estudiante	3057774039		milton
13	Adrian Vera Cardona				1046253326							X	25 enero		Estudiante	3015332455		Adrian V.
14	Sorani Vera		X	14	1097194468							X	25 enero		estudiante	3015332455		Michell
15	Alejandro Carrillo	X		10	1042213742							X	25 enero		Estudiante	3136075181		Carlos.
16	Martin Giraldo H.	X		5	1042215669							X	25 enero		estudiante	3136075581		Martin Giraldo
17	Juan Velez Arcila	X		10	1042213790							X	25 enero		estudiante	3048351270		Juan diego.
18	Jesus Yolanda Conde	X		6	1185464590							X	25 enero		estudiante	3189039499		Jesus Leo
19	Luis Morelos Moreno	X		10	1096810862							X	25 enero		estudiante	3176178161		Luis M
20	Esteban Rivera Vera	X		N	1042211980							X	25 enero		estudiante	3158793123		Esteban

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 CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Desparasitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio, con el proposito de prevenir problemas de salud, ocasionados por parasitos	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 016-2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Enfermera Jefe y Auxiliares de Enfermeria.		
FECHA:	1 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	Maryori Torrez Riaño		x	14	1039695975							x	25 Enero		Estudiante	3157514727		Maryorx
2	mauren Salome Torrez R		x	6	1042215361							x	25 Enero		Estudiante	3157514727		Mauren
3	Jorge Elias Riaño	x		7	1185463277							x	25 Enero		Estudiante	3157514727		Jorge
4	Maria alejandra Diaz Sanchez		x	11	1042212641							x	25 Enero		Estudiante	3225565579		Maria
5	Jesus castrillon	x		6	1042215442							x	25 Enero		Estudiante	3156912014		Jesus
6	Emily Juliana Celon		x	8	1091683071							x	25 Enero		Estudiante	3017140499		Emily
7	linda lorecito Martinez		x	8	1042214457							x	25 Enero		estudiante	3156204827		linda
8	Alan walter marin	x		8	1042214804							x	25 Enero		Estudiante	3115167830		Alan
9	Milan walter marin	x		11	1042213522							x	25 Enero		Estudiante	3115167830		Milan
10	Carlos Alberto Lopez	x		13	1042212684							x	25 Enero		Estudiante	3156334618		Carlos
11	laura Valentina Mendez Julio		x	10	1042213793							x	25 Enero		Estudiante	3185047937		Laura Mend
12	leidi tatiana mendez Julio		x	14	1097193874							x	25 Enero		Estudiante	3185047937		Leidi Mendez
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.

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:	Desparasitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años del área urbana y rural del municipio, con el propósito de prevenir problemas de salud, ocasionados por parasitos	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 016-2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Aux de Enfermería y Jefe de Enfermería.		
FECHA:	1 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	Josebhet Vera Morales		X	5	1092215602							X	25 enero		estudia	3158793183		Yohana
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
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

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

Coliseo

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:	Desparasitacion antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos.	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 016 2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Enfermera Jefe y Auxiliares de Enfermeria		
FECHA:	2 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	Ronald Alejandro Conde	X		13	1096807342							X	Yondo		Estudiante	3143523901		Ronald Conde
2	Alis Sofia Conde		X	5	1096815174							X	Yondo		Estudiante	3143523901		
3	Keyra Beleño		X	8	1097207408							X	Yondo		Estudiante	3227930838		KEYRA
4	Neithan Fonseca R.	X		7	1042214970							X	Yondo		Estudiante	3138258260		Neithan
5	Andres Delgado Pico	X		12	1099745519							X	Yondo.		Estudiante	No tiene		Andres
6	Matias Delgado Pico	X		7	1042220840							X	Yondo		Estudiante	3175438392		matthias
7	Nathain Galvan Patino	X		6	1042215517							X	Yondo		Estudiante	3208269107		
8	Jhon Ramos Leon	X		9	1097205188							X	Yondo		Estudiante	3112692413		Yasmin L.A
9	Javier Segura	X		12	1280237							X	Yondo		Estudiante	3174559725		
10	Jian Garcia Perez	X		8	1096813371							X	Yondo		Estudiante	3023628840		LIAM
11	Jader Baños Mosquera	X		10	1042215936							X	Yondo		Estudiante	3155359228		JaderB
12	Valerin Sofia Ramos L.		X	12	1096808579							X	Yondo		Estudiante	3112692413		Yasmin L.A
13	Emmanuel Galindo G	X		8	1042214664							X	Yondo		Estudiante	3153637416		GG
14	Shanth Mª Galindo G		X	6	1042214527							X	Yondo		Estudiante	3153637416		GG
15	Martin Martinez	X		8	1097707613							X	Brisas		Estudiante	3204948501		
16	Felipe Martinez	X		6	1042215523							X	Brisas		Estudiante	3204948501		
17	DYLAN MARTINEZ	X		8	1185464431							X	PRADO		Estudiante	3186473830		DYLAN M
18	MIGUEL ANGEL JIMENEZ	X		10	1042120481	X							PRADO		Estudiante	3186473830		DYLAN M
19	Jhon Alexander Ramos L	X		9	1.097205188							X	Naranjos		Estudiante	3112692413		Yasmin L.A
20	Tiago Andres Castillo	X		9	1096812150							X	Normas		Estudiante	3222124054		

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 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: Desparasitacion antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enf. Jefe y Aux. de Enfermeria

FECHA: 2 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	Heyner Hurtado	x		9	1097801710							x	Central		Estudiante	3153304410		Heiner
2	Yoder Carrascal Hernandez	x		9	1097201964							x	x-10		Estudiante	3155130149		Yoder C.
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
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.

Municipio de Yondó Antioquia

Coliseo

GESTION DE ATENCION AL 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: Desparasitacion antihelmintica a niños de 5a 14 años del area urbana y rural del municipio, con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enf. Jefe y Aux. de Enfermeria

FECHA: 3 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	Candi Dayana Pulgarin		x	11	1042213609							x	Gaitan		Estudiante	3146591770		Carol Dallana
2	Oscar Alejandro Oliveros	x		14	1029300749							x	Bonsas.		Estudiante	3204166966		Alejandro
3	Naylen Mariana Gonzalez		x	7	1096813388							x	V. condor		Estudiante	3163444642		Mariana
4	H. Fabian Hurtado Cruz		X	9	1097804048							x	Central.		Estudiante	3153309416		Heyner.H
5	Santiago Gomez Sanchez		x	7	1023541215							x	Prado		Estudiante	3003661001		Santiago
6	Luis Adrián Ayar rendon		x	8	1102642502							x	Palmitos.		Estudiante.	3134200337		Luis Adria
7	Ayelen Suarez Sierra		x	9	1042214329							x	Prado		Estudiante	3112430450		AYELEN
8	Joel Andres Suarez Sierra	x		8	1042214762							x	Prado		Estudiante	3112430450		JOEL
9																		
10																		
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.

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:	Desparasitacion antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio. con el proposito de prevenir problemas de salud. ocasionadas por parasitos	DEPENDENCIA RESPONSABLE:	PIC 016 2024
RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD:	Enfermera Jefe y Auxiliares de Enfermeria.		
FECHA:	4 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	Sergio Andres Jaramillo	x		9	1042214366							x	U. No taparse		Estudiante	3216884968		Andrea F.
2	Miyeior Nicol cardenas		x	5	1042257248							x	U. prado		Estudiante	3126121131		Miley Nicol
3	Daner Yurem Ruiz	x		11	1042213305							x	U prado		Estudiante	3137292198		Daner
4	Jader samuel londoño	x		13	1042212840							x	U prado		Estudiante	3232342980		Jadher
5	Amiel omana Ortiz		x	5	1096257271							x	U prado		Estudiante	3508257011		Amiel
6	Samantha Posada		x	6	1096256470							x	U. prado		En casa	3016560180		samantha
7	Mia Tibata londoño		x	11	1042213625							x	U prado		Estudiante	3232342980		Mia londoño
8	Juan Josue Tejada Avila	x		6	1042215410							x	Villamaria		Estudiante	3126529413		Mayte Tejada
9	Yeilen Maite Otalvaro zapata		x	10	1.096.811.263							x	Villamaria		Estudiante	3126529413		Yeilen.
10																		
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

1360

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL 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: Desparasitación antihelmintica a niños de 5a 14 años del área urbana y rural del municipio, con el proposito de prevenir problemas de salud, ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Aux. de Enfermeria

FECHA: 4 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	Yorlen Jose Dama C.	x		9	1042214147			x					Prados		Estudiante	3103630537		Yorlen
2	Cristofer Hernandez		x	9	1097204300							x	Prados		Estudiante	3175266207		Christopher
3	Keyder lotaño.	x		12	1042212996							x	Prados		Estudiante	3106196687		Keyder
4	Daniel alvear	x		10	1042213997							x	Prados		Estudiante	3106196687		Daniel
5	Santiago Andres Pardon	x		13	1096220877		x						Prados		Estudiant	3176359619		Santiago
6	Maria Alejandra pacheco		x	14	1042212491		x						prados		Estudiante	3126180146		Maria Alejo
7	Brenda Nicoll Perez	x		13	1042212821							x	Prados		Estudiante	3173500229		Nikoll
8	Anabi Yulitza Escobar		x	13	1096345867							x	Prados		Estudiante	3173500229		Usnabi
9	Angie Salome munoz		x	7	1042211073							x	Prados		Estudiante	3173500229		Angie
10	Shaday Codavid Martinez		x	5	1097213722							x	Prados		Estudiante	3202094170		Shadday
11	Juan Jose Martinez	x		7	1042812113							x	Prados		Estudiante	3202094170		Juan José
12	Maria Isabella Moreno		x	10	1096240591							x	Prados		Estudiante	3004894354		Isabella
13	Emili Sofia Moreno		x	9	1096243837							x	prados		Estudiante	3004894354		EMily
14	Cristina mendez		x	14	1097192783	x							Prado		Estudiante	3006194486		Cristina
15	Sayna mestre morales		x	5	1097220853	x							U. Prado		Estudiante	3112179170		Neshan
16	Neshan Arana maestre		x	8	1097134022	x							U. Prado		Estudiante	3112179170		
17	Dilan Santiago Martnez	x		9	1.185.464431							x	U. Prado		Estudiante	3112179170.		Dilan
18	Erikc Castellano	x		5	1096815063							x	U. Prado.		Estudiat	3216347140		
19	Kevin Castellano	x		5	1096815064							x	U. Prado		Estudiat	3216347140		
20	Lauri Sofia.	x	x	x	x							x	U. Prado	x	Estudiante	x	x	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 | Revisó: Secretaria de Planeacion TIC's y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIC MUNICIPIO DE YONDO ***

7361

Municipio de Yondó Antioquia

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desparasitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años del área urbana y rural del municipio, con el proposito de prevenir problemas de salud, ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Aux. de enfermeria

FECHA: 4 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	Pilar Andrea Vera		x	10	1042213647							x	U. Prados		Estudiant	3054530843		Pilar A
2	Dayi Michelle Quiroz		x	11	1042214327							x	U. Prados		Estudiant	3054530843		michelle
3	Luciana Michelle Romero		x	8	1042214668	x							U. Prados		Estudiante	3154824829		Luciana
4	Diego Alejandro Jaimes	x		9	1042213155							x	U. Prados		Estudiant	3233276622		Diego
5	Maria Gabriela Flores		x	5	1095844886							x	U. Prados		Estudia	3209808873		
6	Breiner Elia Tobar	x		6	1042215540							x	U. Prados		Estuda	3506503715		BPPINP
7	Kael David Palomo	x		6	1042215540							x	U. Prados		Estudia	3122117682		Kael
8	Andres Montiel	x		7	9030173							x	U. Prados		Estudia	3168226115		Andres
9	Luis David Calderon N	x		6	1042215326	x							U. Prados		Estudia	No tiene		Luis
10	Zolay Beitrago Ruiz		x	9	1039703905							x	U. Prados		Estudia	3187813604		Zolay
11	Marlon Andres Morales R.	x		6	1042215382							x	U. Prados		Estudia	3187813604		marlon
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 gestación. 5. Comunidades Indígenas. 6. Comunidades LGTBIQ. 7.No pertenece a ninguna de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TICs y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

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

Municipio de Yondo Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desparasitación antihelmintico a niños de 5 a 14 años del área urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionadas por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe y Auxiliares de Enfermeria.

FECHA: 5 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	Esteban Andres Gacia	X		7	908189650							X	Villa Maria		Estudiante	3163480144		Esteban
2	Elizabeth londoño																	
3	Nayari Jaramillo		X	14	1042212485	X							Villa Maria		Estudiat	3212397338		Nayari H
4	Diana Sofia Hoyos		X	10	1096238290								Villa Maria		Estudiante	3212397381		Diana.
5	Julian Jose Rodriguez	X		13	1039.702696								Villa Maria		Estudiante	3212397381		Julian
6	Edwar morales	X		12	1042213809	X							Villa Maria		Estudiante	3143980567		Edwar.
7	Richard Smith madrigal	X		12	1039698531	X							V. Maria		Estudiat	3223452961		Richard
8	Luciana madrigal Agud.		X	9	1039704282	X							V. Maria		Estudiat	3223452961		Luciana
9	Eric Daza	X		13	1039696572							X	V. Maria		Estudiat	3106692536		Eric
10	Said Elian Perez	X		6	1039900873							X	V. Maria		Estudiante	3105224467		Said
11	Jesson Andres montoya	X		14	1096806754							X	V. Maria		Sin Act	3157526823		YERSON
12	Luis David martinez	X		12	1042219113							X	V. Maria		Estudia	3226574996		DAVID M.
13	Geisi Sarel Martinez		X	11	1042213479	X							V. Maria		Estudiante	3172992109		Geisi S
14	Ellen Dominguez Mendez		X	6	1096212172							X	V. Maria		Estudiante	3178479378		Ellen D.
15	Daniel David Pacheco	X		10	1042213865							X	V. Maria		Estudiante	3013756284		Daniel
16	Matthias Mazo Gomez	X		14	1097194281	X							V. Maria		Estudiante	3213367405		Matias
17	Valeri Vargas		X	14	1042212573	X							V. Maria		Estudiat	3161864882		Valeri
18	Valentina Vargas		X	12	1042123123							X	V. Maria		Estudiante	3161864282		Valentina
19	Luis Fernando morales V.	X		5	1042215598							X	V. Maria		Estudiante	3014572339		LUIS
20	Maithe Patricia Cuadro		X	10	1042213851	X							V. Maria		Estudiat	3023135620		Maithe

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desparacitación antihelmintico a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionadas por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe y Auxiliares de Enfermeria

FECHA: 5 Diciembe 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	Sara Yurley Lozano		X	10	1096237172							X	V. maria		Estudiat	3115652242		Sofia Lozano
2	Dasha Sofa Lozano		X	7	1097431022							X	V. maria		Estudiat	3115652242		Sara Lozano
3	Yofran Smit Calle S.	X		11	1042213479							X	V. maia		Estudiat	3128538587		Yofran
4	Michell Ariana Padilla G.		X	7	1097210678							X	V. maria		Estudiate	3506152808		Michelle
5	Roral. A. Padilla Garcia	X		12	1096229445	X							V. maria		Estudiate	3506152808		Roral
6	Karina Gomez Aleman		X	5	1096214797							X	V. maria		Estudiate	3046614821		Karina
7	Ailin Torres Tomas		X	7	1097203544		X						V. maia		Estudiate	3226589184		Ailin
8	Luciana Valencia Ansola		X	6	1042215314							X	V. maia		Estudia	3164961062		Luciana
9																		
10																		
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.

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

Código:	F-PE-GAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	21/03/2024
Versión:	2
Página:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desparasitación antihelmíntico a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el poposito de prevenir Problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe y Auxiliares de Enfermería

FECHA: 5 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	Mariana Serpa Monterrosa		X	13	1039696849	X							villa maria		Estadiante	3202604841	Maria Rubelo Cfuentes e	MARIANA
2	Christine SOFIA Cardona Monterrosa		X	8	1042214614	X							villa Maria		Estudiante	3202604841	Maria robie	SOFIA
3	Geilen Alegandra monterrosa Achury		X	5	1042215548	X							Villamaria		Estudiante	3202604841	Iaci Fuentes	alesandra
4	Karolay Fernanda Granados M.		X	6	1042215369	X							Villamaria		Estudiante	3202604841	J.mon@egmail.com	karolAX
5	Daniel Jose tovar Hernandez	X		8	1097207349							X	Cantarana		Estudiante	3185360172		Daniel
6	Isabella Ariza Becerra		X	6	1042215299							X	villamaria		Estudiante	3244691038	angelo ariza8 egmail.com	ISabella
7	Yarman Stid Ojeda Rodriguez	X		12	1042212956							X	villamaria		Estudiante	3188888173		Estid
8	Fabian Mazo Castro	X		6	1042215499	X							Villamaria		Estudiante	3116767425		fabian
9	Mª Camila Gonzalez Guerrero		X	5	1070992929							X	villamaria		Estudiante	3116767425	Patricia Guerrero b11 eg. mail.com	Mariana.
10	Elizabeth Beltran Orozco		X	6	1023546869							X	villamaria		Estudiante	3148210357	Sergio 5272 maia @gmail.com	Elizabe
11	Maia Beltran Sepulveda	X		11	1096233241							X	villamaria		Estudiate	3148210357	maia B.	Maria
12	Marian Antonella Rodriguez A.		X	10	1042214849	X							Villamaria		Estudiante	3045944116		Antonella
13	Daniel David Restrepo Zapata	X		13	1038123381							X	villamaria		Estudiante	3167170139	Diana estrella zapata eg.mail.c	Daniel
14	Esperanza pedroza Cadavid		X	5	1097210936							X	villamaria		Estudiante	3125812098		Esperanza
15	Sugeily Rojas Cadavid		X	11	1096229533							X	villa maria		Estudiant	3125812098		Sugeily
16	yuranys tanganFe Aguirre		X	14	1148944002							X	villamaria		estudiante	3186929566		
17	Juan Arley GFuentes Coronado	X		5	1042215679							X	villamaria		Estudiant	3146817676		Juan.
18	yirley Sadi GFuentes Coronado		X	7	1042215131							X	villamaria		Estudiat	3146817676		Yirley.
19	Jhonathan David Granado prada	X		10	1042213727							X	villa maria		Estudiante	3146817676		Jhonatha
20	Anderson David Castillo Quiroz	X		13	1042212885							X	villamaria		Estudiant	3163977569		Anderson

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

Elaboró: Secretaría de Gobierno | Revisó: Secretaría de Planeación TICS y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaría General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG. MUNICIPIO DE YONDÓ ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

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: Desparasitación antihelmíntico a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC- 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe y Auxiliares de Enfermería

FECHA: 5. 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	Mario Jose Vergara Duarte		X	13	1096807708	X							Villamaria		Estudiante	3185462387		Mario José
2	Monica yisley Ciro Ciro		X	12	1056779984							X	Villamaria		Estudiante	3167469346		Monica Ciro
3	Reina yajaira mora Ospina		X	10	1042213854	X							villamaria		Estudiante	3154881082		Reina
4	Tired juliana Altamiranda		X	9	1042214305							X	villamaria		Estudiante	3164606107		Juliana
5	Valeria Espinosa Medina		X	12	1096230831							X	villamaria		Estudiante	3152642543		Valeria
6	Sara espinosa Medina		X	9	1097206472							X	Villamaria		Estudiante	3152642543		Sara
7	paula Andrea Medina Cuna		X	13	1042212916							X	villamaria		Estudiante	3153367213		Paula
8	Angel Arley Cano Franco	X		14	1096230689							X	villamaria		Estudiante	3225367213		ANGEL
9	~~MIX~~ Alison torres Arcia		X	11	1042213433							X	villamaria		Estudiante	3234646214		Alison
10	josue David torres Arcia	X		9	1042214485							X	villamaria		Estudiante	3234646214		Jossue
11	Aslyd Luciana Sierra Berrio		X	9	1161210048							X	Villamaria		Estudiante	3175270767		ASLY
12	Maria Antonia Ramirez Berrio		X	13	1052986928	X							villamaria		Estudiante	3175270767		Maria Antonia
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 gestación, 5. Comunidades Indígenas, 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: Desparasitacion antihelmintico a niños de 5 a 14 años de area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE:

PIC D16 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero y Auxiliares de Enfermeria Jefe

FECHA: 5. 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	Hellen Carbajalino		X	8	1096242510							X	Villamaria		Estudiante	3125120166		Hellencarvallido
2	Dilan Teyam Jcaredo Tarzan O. Dayanna Torres	X		11	1042213616							X	Villamaria		Estudiante	3013715805		Kevin T.
3	Julian Daniel Balagueras	X		6	1042215466							X	Villamaria		Estudiante	3187154625		Julian D.
4	Jose Daniel Gil chacon		X	6	1042215296							X	Villamaria		Estudiante	3105631587		Jose Daniel
5	Sebastian Pacheco Chacon		X	13	1022007138							X	Villamaria		Estudiante	3105631587		Sebastian.
6	Juan Camilo Hernandez	X		6	1096804590							X	Villamaria		Estudiante	3218874224		Juan camilo
7	Salomon Varon Jeiber Alejandro	X		10	1096811582	X							Villamaria		Estudiante	3218874224		Jeiber S.
8	Saray Teresa Salomon Varon		X	12	1097198876	X							Villamaria		Estudiante	3218874224		Saray S.
9	Ian Jose Zabala Moreno	X		6	1042215448							X	Villamaria		Estudiante	3103249010		Ian Jose Zabala
10	Rihana Sofia Zabala Moreno		X	9	1042214260							X	Villamaria		Estudiante	3103249010		Rihanna Zabala
11	Dilan Steven Fajardo Moreno	X		11	1042213377							X	Villamaria		Estudiante	3103249010		Dilan Fajardo
12	Eshilly Sofia Triana		X	14	1.097193169	X							Villamaria		Estudiante	3218267775		Sofia
13	Yendry Yaileth Florido H.		X	5	1042215667							X	Jabonal		En casa	3173427914		Yendry F.
14	De Andrea Danassa Sierra		X	11	1042213362	X							Villamaria		Estudiante	3157904472		
15	Zadane José Jr Sierra H	X		8	1042214502	X							Villamaria		Estudiante	3157904472		
16	Jhean Paul Otero	X		12	1052545267							X	Villamaria		Estudiante	3208776840		Jhean Paul
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.

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL 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: Desparacitación antihelmintico a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud. Ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Auxiliares de Enfermeria

FECHA: 6 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	Erik Fabian Chaverra	x		10	1042213720	x							la paz		Estudiate	3134067454		Erik
2	Alexandra Chaverra Contreras		x	14	1042212003	x							la paz		Sin Act.	34545968		
3	Ebangeline Mattos		x	6	1042215507							x	la paz		Estudiate	3182697931		
4	Junior Gutierrez	x		6	1042215774	x							la paz		Estudian	3166893171		Junior
5	Angel Josua Avila 6	x		6	1042215674							x	la paz		Estudiate	3015743772		
6	Antoni Cifuentes	x		5	1042215640							x	la Paz		Estudiate	3173057290		Antoni
7	Shayra Payares Cama		x	12	1096227098							x	la paz		Estudiate	3187501962		Shaira
8	Danna Sofia Tarazona		x	12	1095820965	x							la paz		Estudiate	3116977310		Danna
9	Ana lucia Soto Tarazona		x	8	1042214902	x							la paz		Estudiate	3116977310		Ana
10	Muller Gerad Jaez	x		8	1042214735							x	la paz		Estudiate	3142727340		Muller
11	Luis Angel Rodriguez	x		13	1042212833							x	la paz		Estudiate	3166117044		Luis A
12	Dayan Camilo Jaramillo	x		5	1042215888							x	la paz		En casa	3166117044		Camilo
13	Matias Alvarez	x		10	1042213819							x	la Paz		Estudiate	3183838212		Matias.
14	Maximiliano Villa Luna	x		6	1026916369	x							la Paz		Estudiate	3123112938.		maximilian
15	Yulian Andres Trespalacio	x		11	1042213429							x	la paz		Estudiate	3123112988.		Yulian
16	Daniel David Macias	x		12	1097198587							x	la paz		Estudiate	3183055801		Daniel
17	Eylen Sofia Hernandez		x	10	1042213843	x							la paz		Estudiate	3227000421		Eylen
18	Gabriela Valentina Hernandez		x	5	1118577991							x	la Paz		Estudiate	3227000421		Gabriela
19	Maury Gisela Alarcon O		x	8	1042214807	x							la paz		Estudiate	3227000421		maury
20	Dilan Santiago Arroyo	x		10	1042214088							x	la paz		Estudiate	3123360619		DILAN

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 ninguno de las anteriores.

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TICs y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL 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: Desparasitacion antihelmintica a niños y niñas de 5 a 14 años del área urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionadas por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Aux. de enfermeria

FECHA: 6 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	Angel Alfredo Reino	x		7	1080441444							x	las vegas		Estudiante	3183845410		Angel
2	Josue David Orozco	x		5	1080443649							x	los vegas		Estudiante	3183845410		
3	Ashly fernanda Correato		x	8	1139127.886							x	las Vegas		Estudiante	3243072365		Ashly
4	Miguel Angel Nieto J	x		10	1042213669							x	Gaitan		Estudiante	3135219291		Miguel
5	Salome Saldarriaga		x	11	1096232738							x	Gaitan		Estudiante	3123828382		Salome.
6	Andrea Piñeres		x	11	1001814863							x	Gaitan		estudiante	3219844891		Valentin
7	Thaliana Espina Cruz		x	9	1097206815							x	Gaitan		estudiante	3219844891		thaliana
8	David Monsalve Romero		x	8	1097206820							x	Gaitan		Estudiante	3214207490		
9	JOEL MATIAS CRUZ GUERRA	x		13	1046227125							x	Gaitan		Estudiante	3155078747		
10	Julian David Osorio Jimenez	x		12	1006225770							x	Gaitan		Estudiante	3155078747		Julian
11	Jeronimo Osorio Jimenez	x		11	1096588355							x	Gaitan		Estudiante	3155078747		Jeronimo.
12	Heidy S. Duran Iadino		x	11	1096232161							x	Gaitan.		estudiante.	3184565339		Sofia Duran
13	Marli Serrano M.				"								"		"	"		"
14	Dylan jose calvo G.	x		8	1096248829							x	Gaitan		estudiante	3177001674		Dylan calvo
15	Liceth Tatiana O.		x	11	1096810312							x	Gaitan		estudiante	3202697822		liceth. O.
16	Luis E. Sayas	x		9	1097805618							x	Gaitan		Estudiante	3184553156		Luis
17	Sergio A. Cardenas Lobo	x		8	1096882660							x	Gaitan		Estudiante	3136118594		CAM
18	Jesica Coello Arrieta		x	9	1.185.464312							x	Gaitan		estudiante	3246696241		Jesica
19	[illegible] S. [illegible] A		x	10	1096811699							x	GAITAN		ESTUDIANTE	3178270155		Valery
20	Juan Pablo Para Villa	x		11	1042213532							x	Gaitan		estudia	3202199806.		Juan

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

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desparacitación antihelmintico a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe y Auxiliares de enfermeria

FECHA: 6 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	Anto. Sarey Pedroza S.		X	13	1042212812							X	Lagos		Estudiante	3153115943		Sara Y
2	Chaila Paola pacheco		X	10	1030194498							X	Lagos		Estudiante	3126605543		Sheyla P.
3	Isaac Rojas pedroza	X		03	1042212811							X	Lagos		Estudiante	3138555552		Isaac R.
4	Keiner farid Ortiz o.	X		14	1042212741							X	Lagos		Estudiante	3147066591		Keiner F.
5	Keiler Damian Miranda	X		11	1042213363							X	La paz		Estudiante	3118166582		Damian
6	Jose manuel Miranda M	X		9	1042214266							X	La paz		Estudiante	3118166582		Jose M.
7	Dana salome Miranda M.		X	7	1042214952							X	La paz		Estudiante	3118166582		Salome
8	Alexandro Avila	X		7	1042213951							X	Lagos		Estudiante	3046144522		Alexandro
9	Jairo David Reyes Garcia	X		9	1097203856							X	La Paz		estudiante	3214571299.		Jesus
10	Neimar Reyes	X		13	1042212808							X	La paz		Estudiante	3214571299.		Neymar
11	Saday Sofia Castillo		X	6	1042214386							X	La Paz		estudiante	3243479956		
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

Elaboró: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TRX's y Desarrollo Territorial | Aprobó: 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:	E-PE-GAC-DAM-01
Fecha de Aprobación:	21/02/2024
Versión:	2
Paginas:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desparasitacion antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Aux. de enfermeria

FECHA: 6-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	Joseph David Acosta	x		11	1096809966							x	Villamaria		Estudiante	3135215560		Jos uph
2	Matias conde	x		10	1096811126		x						Villamaria		Estudiante	3508512880		Matias
3	Rafaella Orpino Gaitan		x	7	1097209457							x	Gaitan		Estudiante	3123377352		Rafaella
4	Juan David Orpino Gaitan	x		13	1094196965							x	Gaitan		Estudiante	3123377352		Juan D.
5	Juan Esteban Nieto	x		9	1042214460							x	Gaitan		Estudiante	3135219291		Juan
6	Julian Andres Marino	x		9	1094204 00							x	Gaitan		Estudiante	3162384978		Julian
7	Danna Sofia Bolivar		x	10	1042213715							x	Gaitan		Estudiante	3173763899		Danna
8	Andres Jeremia Flores	x		7	1.043.101.28							x	Gaitan		Estudiante	3145305662		Andres
9	Miguel Angel Polgarin	x		14	1096804143							x	Nueva Esperanza		Estudiante	3142716358		miguel
10	Dana Saray Varon		x	6	1042215518	x							Gaitan		Estudiante	3142716358		
11	Luis David Nieto Jimenez	x		12	1.042213098	x							Gaitan		Estudiante	3135219291		Luis David
12	Oliver Bolaño	x		8	1.096248374							x	Gaitan		Estudiante	3154447253		
13	Mia Bolaño		x	6	1221465706							x	Gaitan		Estudiante	3154447253		
14	Luis David Munoz	x		13	1066243044							x	Tigre		Estudiante	3107026696		Luis David
15	Maria Juliana Montiel		x	8	1042214667							x	Gaitan		Estudiante	3107831999		maithe
16	Matias Fajardo Montiel	x		10	1042213937							x	Villamaria		Estudiante	3107831999		Matthias
17	Sebastian Soltoque	x		13	1.096808489							x	Gaitan		Estudiante	3118331898		Sebastian
18	Daniel Santofe	x		14	1.096806457							x	Gaitan		Estudiante	3118331898		Daniel
19	Maria Jose Ceballos		x	12	1096809587							x	Gaitan		Estudiante	3208150740		Maria Jose
20	Gelineth Ovalle		x	13	1042212659							x	Gaitan		Estudiante	3206208431		Gelineth

Convenciones: 1.Personas en situacion de discapacidad, 2.Desplazados, 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

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: Desparasitación antihelmintica a niños de 1 a 14 años del area urbana y rural del municipio. con el proposito de prevenir problemas de salud, ocasionados por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Jefe enfermeria y Aux. de enfermeria

FECHA: 7 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	Salome Ovalle		X	12	1096804340							X	Baitan		Estudiante	3206208431		Salome
2	Dilan Cadavid Ovalle	X		10	1096811335							X	25 Enero		Estudiante	3161944596		Dilan
3	Jacob Cadavid Ovalle	X		5	1096814883							X	25 Enero		Estudiante	3161944596		Jacob
4	Ian Matias Borjor Salcedo	X		7	1091204926							X	Baitan		Estudiante	3102001760		Ian Matias
5	Mai Alejandra Borjor	X		5	1097214056							X	Baitan		Estudiante	3102001760		Mai Alejandra
6	San Diego Hernandez	X		13	1091195605	X							Baitan		Estudiante	3133797744		San
7	Anyelo David Galvan	X		14	1091105846							X	Baitan		Estudiante	3204167385		Anyelo David Galvan
8	Estiven Serna	X		6	1042214306							X	Brisas		Estudiante	3174203402		Martha Catrina
9	Sara Valentina Catrina		X	10	1097203183							X	Brisas		Estudia	3154203402		Martha Catrina
10	Hellen Sincero		X	8	1097206640							X	Brisas		Estudia	3154703402		Martha Catrina
11	Alejandro Chavez	X		9	1097205110							X	Brisas		Estudia	3187145723		Diana
12	Maria Jose Morelos		X	8	1042214652							X	Baitan		Estudiante	3160668222		Mariajose
13	Mathias Chinchilla M	X		5	1096810740							X	Baitan		Jardin	3160668222		Matias C.
14	Sharley Rodriguez		X	14	1097104740							X	Palmitos		Estudiante	3242777362		Mayeli R.
15	Abril Antonella Cifuentes		X	12	3893 Verificar							X	Opis cbe		Estudiante	3022683918		Abril A.
16	David Bandeda	X		6	906134031							X	OPS cbe		Encar	3022683918		
17	Maria Alejandra Jean		X	11	1097304531							X	Pueblo		Estudiante	3503614053		Alejandra
18	Rafael Ernesto Romero	X		13	1007469541							X	Santo Domingo		Estudiante	3205908821		Rafael
19	Yuber Andres Romero	X		11	1091303240							X	Santo Domingo		estudiante	3205908827		Yuber
20	Nicolas Andres Herrera Pineda	X		14	1042213373							X	Baitan		Estudiante	3024561050		Nicolas

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

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCIÓN AL 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: Desparasitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio, con el proposito de prevenir problemas de salud, ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Auxi. de enfermeria.

FECHA: 7 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	Gaby Sofia Rosso Nieto		x	5.	1047212966							x	Gaitan		Estudiante	3135112068		Gaby Rozo
2	Harly Valeria Vaez Roso		x	11	1092953820							x	Gaitan		Estudiante	3135112069		-ValeriaB
3	Maiteibi Gabriel Parra P.	x		8	7433507							x	Gaitan		Estudiante	3246689428		-GabriEl
4	Maibi Perena Lopez	x		6	7437547							x	Guiten		Estudiante	3246689428		[redacted]
5	Andry Samara Murillo		x	6	1042215615	x							Gaitan		Estudiante	3108404469		Andry Samara
6	Olmar David Murillo	x		12	1042213557	x							Gaitan		Estudiante	3108404469		OlMar Murillo
7	Yurgen Jose Morales	x		6	1042215153							x	Gaitan		Estudiante	3132176681		Yurgen J.
8	Dailin Juliana Linares		x	13	1046783792							x	Jobo Lapa		Estudiante	No tiene		Dailin Julio
9	Deison M Linares	x		8	1047206614							x	Jobo Lapa		Estudiante	No tiene		Deison L.
10	Dina L. Linares		x	10	1046242464							x	Jobo Lapa		Estudiante	No tiene		Dina L.
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

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL 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: Desparasitación antihelmintica a niños de 1 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud, ocasionadas por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: Pic 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera jefa y Aux. de Enfermeria

FECHA: 9 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	Edwin Josee Torres	x		14	1097194357	x							Prado		Estudia	3005702140		Edwin
2	Mia Gianella Torres		x	10	1096234319	x							Prado		Estudia	3005702140		MIA
3	Keiner Steven Mendoza	x		11	1042213478	x							N. Esperanza		Estudia	3224670555		keiner
4	Laralin Valeria Cadena M		x	11	1097201606	x							N. Esperanza		Estudia	3017947792		Laralin
5	Julian Vazquez	x		5	1042215729							x	N. Esperanza		Estudia	3005756175		
6	Julian Alex Aponza	x		8	1096246917							x	N. Esperanza		Estudiante	3133435829		Julian
7	Malcol Aponza	x		5	1040101882							x	N. Esperanza		Estudiat	3133435829		
8	Carlos Peña Garcia	x		9	1097.204.857							x	N. Esperanza		Estudiante	3003535901		xcarlos
9	Sara Valentina Carrasquilla		x	8	1096250460							x	N. Esperanza		Estudiat	3186717584		Sara
10	Isabella Romero Bernal		x	11	1042213481	x							N. Esperanza		Estudiate	3186890254		Isabella
11	Mayte Alejandra Bernal		x	13	1042213895	x							N. Esperanza		Estudia	3186890254		mayte
12	Alexandra Marcela escobar		x	5	1042215646							x	N. Esperanza		Estudiante	3155578741		
13	Adrian David Giraldo	x		5	1042215773							x	N. Esperanza		Estudia	3105739807		
14	Dilan Andres Giraldo	x		7	1096213126							x	N. Esperanza		Estudia	3105739807		Dilan
15	Maria Camila Rojas R.		x	7	1042215111	x							N Esperanza		Estudiate	3167905633		María
16	Clara Ines Rojas Rivera		x	10	1042214037	x							N. Esperanza		Estudia	3167905633		Clara
17	Emanuel Cuellar	x		13	1042212773							x	N. Esperanza		Estudiate	3218920120		Emanuel
18	Joslaury Cesped gonzalez		x	9	1042214056	x							N Esperanza		Estudiat	3207868554		Joslaury
19	Ana Camila mendez		x	14	1096221690							x	N. Esperanza		Estudiate	3133589201		Kamila
20	Keyber Andres Anaya	x		5	1070401093							x	N. Esperanza		Estudiat	3145051181		Anaya

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: 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 ATENCION AL CIUDADANO	Código:	E-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: Desparasitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio, con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Aux enfermerias

FECHA: 9 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	Josue Camilo Mena	X		11	1023402210			X					N. Esperanza		Estudiante	3107741884		Josue
2	Samuel David Garcia	X		14	1099368504							X	N. Esperanza		Estudiante	3232003089		samuel
3	mateo Dias Moreno	X		7	1042215208							X	N. Esperanza		Estudiante	3232003089		Mateo
4	David luis Rodriguez	X		8	1096247605							X	N. Esperanza		Estudiante	3134542788		David
5	Elena Martinez		X	11	1185460050							X	N. Esperanza		Estudiante	3134542788		Elena
6	Maria Camila Havero		X	6	1023743841 2							X	N. Esperanza		Estudiante	3134542788		Maria
7	Yuliana Muñoz		X	8	1097208626							X	N. Esperanza		Estudiante	3218086333		Yulian
8	Jose Camilo Rodriguez	X		14	1096215847							X	N. Esperanza		Estudiante	3218086333		Jose
9	Karol sofia Sanchez		X	13	1189714187							X	N. Esperanza		Estudiante	3022438308		Karol
10	Paula Sofia Morales R		X	10	1097202986							X	N. Esperanza		Estudiante	3186280193		Paula
11	Mariana Salome Cadavid		X	5	1042215453							X	N. Esperanza		Estudiante	3186280193		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Convenciones: 1.Personas en situación de discapacidad, 2.Desplazado, 3. Negr@s y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7.No pertenece a ninguno de las anteriores

Elaboro: Secretaria de Gobierno | Revisó: secretaria de planeación, Obras 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: Desparacitacion antihelmitico a niños de 5 a 11 años de area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe y Auxiliares de Enfermeria

FECHA: 10 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	Evelin Sofia leal		X	6	1042215596	X							Pto Toras			3182473320		Evelin
2	Valentina Crespo		X	7	1042215009							X	P mangos			3108891607		Valentina
3	lian Edilber Agudelo	X		6	1042215282							X	P. mangos			3178123982		Lian
4	Karoll dayana Agudelo		X	13	1023641503							X	Pto Toras			3178123982		Karol
5	Diego Agudelo	X		12	1042213477							X	P. mangos			3178123982		diego
6	Clara Isabel Carvallido		X	9	1042214339							X	P. mangos			3178123982		Clara
7	Luciana Saiz Jimenez		X	7	1096252281							X	P. mangos			3003916740		Luciano
8	maximiliano Rodrigues	X		6	1042215621							X	P. mangos			3154318785		Maxi
9	Harold Agudelo	X		13	1096214743							X	P. mangos			3017811108		Harold
10	Marly Juliana Agudelo		X	7	1042214891							X	P. mangos			3017811108		marly
11	Sol Zairy Agudelo		X	11	1096233107							X	P. mangos			3017811108		SOL
12	matias Carpio A.	X		7	1042214923							X	P. mangos			3155317172		matias.
13	Daniel Jesus Carpio	X		9	1042214284							X	P. mangos			3187318124		Daniel
14	Ximena Carpio Agudelo		X	5	1096815787							X	P. mangos			3187318124		
15	Ailyn Florez		X	10	1.185.464.069	X	X						P. mangos			3004357967		Ailyn
16	Giselle florez		X	7	1097210712		X						P. mangos			3004357967		Giselle
17	marcos Junior florez	X		5	1042213046		X						P. mangos			3004357967		Marcos
18	Melany Sosa		X	14	1097193209							X	P. mangos			3208949119		melanisosa
19	Laura Agudelo		X		X							X	X	X	X	(	X	*
20	Abimelec Agudelo	X		7	1097210877							X	P. mangos			3043420685		Abimelec

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 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: Desparacitación antihemiltico a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir Problemas ocacionados por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Jefe Enfermera y Auxilares de Enfermera

FECHA: 10 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	Cristina Agudelo		X	14	1096219721							X	Pt. mangos		Estudiate	3043426685		Kristina A.
2	Emili Sofia Palomino		X	5	1042005830	X							Pt-mangos		Estudiate	3229621803		
3	Isabella Rincon Okiya			9	1097203469							X	pt mangos		estudia	3004196663.		Isabella
4	Andres Felipe Arango Arias	X		14	1097108725							X	Pto to[illegible]gs.		Estudia	3024775135		*Andres
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
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 | 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

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desparasitacion antihemitica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe y auxiliares de Enfermeria

FECHA: 10 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	Julian Alejander Herrera	x		11	1.104136020							x	x-10		Estudiante	3112087229		JULIAN
2	Luis Fernando Ramirez M		x	14	1097193944							x	Pto Casch		Estudiante	3133607256		Luis R.
3	Hilder Arrieta.		x	10	1042213901							x	Pto Casch		Estudiante	3104842851		Hilder
4	Jaider Mateo Cuesta	x		8	1042214672							x	pto carch		Estudiante	3133784800		Jaider
5	Yadis Chrystal Castro		x	13	1042212673							x	Pto carch		Estudiante	3133784800		Chrystal C.
6	Briner Sean Rivera	x		10	1042213980							x	Pto Casch		Estudiante	3227020342		Breiner
7	Erick Kalet Jerma	x		6	1042215503							x	pto casch		Estudiante	3107574915		Erick
8	Wilson Eduardo Jerma.	x		14	1042225579							x	Pto Casch		Estudiante	3107574915		Wilson
9	Angela Carolina Escobar		x	8	1097207092							x	Pto carch		Estudiante	3117248741		Angela
10	Maria camila Escobar M		x	9	1042214683							x	Pto carch		Estudiante	3146498682		Maria
11	Nairon Y. Escobar M	x		10	1042213926							x	Pto carch		Estudiante	3146498682		Nario
12	Adriana Isabela Escobar		x	5	1097214276							x	Pto casch		Encargo	3146498682		Isabela
13	Tiago Alejandro Ramirez	x		7	1096258463							x	Pto Casch		Estudiante	3123125311		Tiago
14	Andrea Moreno		x	6	1096256461							x	Pto carch		Estudiante	3214086942		Andrea
15	Keilor Tovar Solar		x	8	1050973659							x	Pto carch		Estudiante	3225077611		Keila
16	Adrian Tovar Solar	x		11	1.104134014							x	Pto carch		Estudiante	3225077611		Adrián
17	Jader Tovar Solar	x		9	1097264415							x	Pto carch		Estudiante	3225077611		Jader
18	Esnider Daniel Tovar L	x		13	1.096.888.113							x	Pto carch		Estudiante	3243720724		Esnider
19	Eimy Juliana Quiroz		x	9	1185464749							x	Exo		Estudiante	3106247431		Eimi
20																		

Convenciones: 1.Persona en situación de discapacidad, 2.Desplazados, 3.Negritudes y/o Afrodescendientes, 4.Mujeres en gestación, 5. Comunidades Indígenas, 6. Comunidades LGTBIQ, 7. No pertenece a ninguna de las anteriores.

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

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: Desparasitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud. ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera jefe y Aux. de Enfermeria

FECHA: 10 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	Evelin Dayana Martinez		x	13	1096808235							x	Nueva E.		Estudi.	3016209574		
2	Maylin Y. Cordoba		x	10	1096831272							x	Nueva E		Estudiante	3044731713		Maylin C
3	Angelo Garcia	x		14	1051636194							x	Nueva E		Estudiante	3044731713		
4	Jaino Jose Rodriguez	x		12	1042213136	x							Nueva E.		Estudiante	3124470795		
5	Esteban Restrepo	x		12	1039699480							x	Nueva E		Estudiante	3205943915		Esteban
6	Brithany Mantilla		x	14	1096821575							x	Nueva E.		Estudiante	3203094375		Brithany
7	Wilson J. Hernandez	x		9	1041204242	x							Nueva E		Estudiante	3203094375		Wilson
8	Elizabeth Cano		x	12	1096808854	x							Nueva E		Estudiante	3223948044		Eliz. H. C.
9	Mariana Rincon Hurtado		x	8	1042214774							x	Nueva E		Estudiante	3175690221		MARIANA
10	Josue Rincon Hurtado	x		5	1042215634							x	Nueva E		Estudiante	3175690221		
11	Keyla Ximena Roa		x	11	1042213506	x							Nueva E.		Estudiante	3107565484		KEila
12	Melanisofia Roa Restrepo		x	13	1042212842							x	Nueva E		Estudiante	3107565484		Melani
13	Yirith Duarte		x	10	1042213192	x							Nueva E		Estudiante	3182154814		Martha Yepes
14	Dilan Garcia	x		9	6025926							x	Nueva E		Estudiante	3155578564		Dylan G
15	Isabella Balderrama		x	6	6124734							x	Nueva E		Estudiante	3155578564		Isabela
16	Sebastian Balderrama	x		6	6024340							x	Nueva E		Estudiante	3155578564		Sebastian
17	Natalia Pedroza		x	9	1042214213							x	Nueva E		Estudiante	3024505948		Natalia
18	Valeria Pedroza		x	10	1042213649							x	Nueva E		Estudiante	3024505948		Valeria
19	Yeily Yuleth Arcos		x	13	1039696982	x							Nueva E		Estudiante	3043368571		Yeili
20	Breiner Bohorquez Chavarro	x		11	1042213760							x	Nueva E		Estudiante	3168284836		Breiner

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 TICS y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desparacitacion antihemiltico a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitas.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe y Auxiliares de Enfermeria

FECHA: 10 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	Isabela Sofia Rodriguez	X	X	8	1097209062							X	Pto Tomas		Estudiante	321833862		Isabella
2	Neglinyhet Osma Fuentes	X		8	5910709		X						Pt Tomas		Estudiante	3218078439		Neglinyet
3	Keymar Osma Fuentes		X	10	59105 98		X						P. Tomas		Estudiante	3218078439		Keymar O.
4	Felipe Menco	X		10	1097209803							X	Pto tomas		Estudiante	3169054927		Felipe
5	Jose David Oviedo Mora			10	1097203777							X	P. Tomas		Estudiante	3157215017		Jose D.
6	Israel Valderrama	X		12	1096229511							X	Pto tomas		Estudiante	3128607686		Israel
7	Shaira Nicoll Valderrama		X	9	1096234814							X	P. Tomas		Estudiante	3157289333		Shayra
8	Yeikol Said Valencia			6	1095314827							X	pto Tomas		Estudiante	3183095664		Yeicoth
9	Yaliana Coronado			8	1042214484								Pt. Tomas		Estudiante	3165861348		Yaliana
10	Yorsana Paola Ardila			7	1097210107	X							P. Tomas		Estudiante	3184912755		Yaliana
11	Taliana Ardila			8	1097207557	X							P. Tomas		Estudiante	3184912755		paola
12	Salome Rodriguez		X	7	1097210135							X	P. Tomas		Estudiante	3172438444		Salome
13	Gibary Ximena Garcia F.		X	9	1042214100							X	Pt. Tomas		Estudiante	3152270976		Jirally
14	Keiner Sebastian Fragoso			14	1097193632							X	P. Tomas		Estudiante	3152270976		KEiner
15	Evelin Juliana Luna			7	1042214955							X	P. Tomas		Estudiante	3176258648		evelyn
16	Emanuel Jose Herrera	X		8	1042214661		X						Pt mangos		Estudiante	3213412896		E. manuel
17	Adriana Sofia Suarez		X	6	1042215554							X	pt mangos		Estudiante	3024505225		Adriana
18	Luis Angel Castañeda			9	1042214731							X	P. Tomas		Estudiante	3217606904		LUIS
19	Janer Crespo Carballido	X		9	1042214360		X						P. Tomas.		Estudiante	3103481519		Janer
20	Andres macias ospino	X		9	1042214433		X						Pt Mangos		Estudiante	3182473320		Andres

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 CIUDADANO

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: Desparasitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años del área urbana y rural del municipio con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC. 016 - 2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Aux. de Enfermería

FECHA: 10 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	Maite Bohorquez chaparro		x	7	1042215308							x	Nueva E		Estudiante	3168284826		Maithe
2	sharay thael perez M.		x	12	1.097.199.266	x							Nueva E		Estudiante	3182157872		sharay
3	Jan julian Adame Martinez	x		6	1.122536229	x							Nueva E		Estudiante	3182157872		Jean Adame
4	Jesus Alberto Adame	x		5	1123451462	x							Nueva E		en casa	3182157872		Jesus Adame
5	Jonathan Esti cuellar	x		9	1096245184							x	Nueva E		Estudiante	3007676515		Jhonatan
6	Heidi Marcela calle Uruyan		x	9	1042214254							x	Nueva E		Estudiante	3106626998		Heidi
7	Jerson Javier Uruyan	x		11	1042213603							x	Nueva E		Estudiante	3106626998		Jersonon
8	Karen Dayana Montiel		x	7	1038141325							x	Nueva E		Estudiante	3106626998		Karen montiel
9	Saray Yineth Martinez		x	10	1.050553790							x	Nueva E		Estudiante	3126859097		Saray
10	Luis Fdo Martinez	x		13	1050551565							x	Nueva E		Estudiante	3126859097		Luis Fernando
11	Sara Ester Sepulveda		x	8	1097207615							x	Nueva E		Estudiante	3142746228		Sara
12	Jesus David Sepulveda	x		6	1096256091							x	Nueva E		Estudiante	3142746228		Jesus
13	Mariet Sofia Ortega V.		x	6	1042215387							x	Nueva E		Estudiante	3182650490		marieth
14	Shaira Jineth Arroyo V.		x	10	1096241143							x	Nueva E		Estudiante	3182650490		Shaira
15	Milly sofia Galvis		x	11	1097200862							x	Nueva E		Estudiante	3184711715		milis sofia
16	Abel santiago Alvarez	x		8	1085954180							x	Nueva E		Estudiante	3184711715		Abel Alba
17	Valeria Garcia		x	14	1097428875							x	Nueva E		Estudiante	3184711715		valeria G.
18	Josue Isai Cediel	x		11	1096234631							x	Nueva E		Estudiante	3161046606		Josué Isay
19	Nicol Tatiana Morales		x	11	1042213369							x	Nueva E		Estudiante	3044967159		Nikol tati
20	Dayanis Morales B.		x	12	1042212971							x	Nueva E		Estudiante	3044967159		Dayanis Morales

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

Elaboró: Secretaria de Gobierno | Revisó: Secretaria de Planeación TIC y/o de Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

*** FORMATO CONTROLADO SIG MUNICIPIO DE YONDÓ ***

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: Desparasitacion antihelmintica a niños de 5 a 14 años del área urbana y rural del municipio con el propósito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Aux. de Enfermeria

FECHA: 10 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	Emmanuel E. Horaler	X		7	1042214804							X	Nuevo E		Estudiante	3044969159		Emmanuel
2	Antonio Bandera	X		13	1096225817							X	Nuevo E		Estudiante	3117238076		Antonio
3	Emanuel Bondim	X		8	1088792000							X	Nuevo E		Estud.	3117238076		Emanuel.
4	Zarek Aylen padilla Quintero		X	6	1042215412							X	Nueva E		Estudiante	3186680539		Zarek Q.
5	Jesiah Joha Bolivar R		X	7	1109936593							X	Nuevo E		Estudiante	3122629646		Jennifer R.
6	Keyoni Enrryu Bolivar	X		14	1050300350							X	Nuevo E		Estudiante	3122629646		Jennifer R.
7	Ariana Alexandra Altamiranda		X	13	1042213004							X	Nuevo E		Estudiante	3123107852		Yolima PR.
8	Cristian Andres Altamiranda	X		9	1042214483							X	Nuevo E		Estudiante	3123107852		YolimaPR.
9	Alan Maitanza Mendoza	X		10	1042213496	X							Nuevo E		Estudiante	3188679290		Alan
10	Yorlene Arizol Mendoza		X	13	1042212753	X							Nuevo E		estudiante	3188679290		Yorlenis
11	Yennifer Veronica Guzman		X	13	1039696817							X	Nuevo E		Estudiante	3172501060		Veronica
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 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

*** FORMATO CONTROLADO S.G. MUNICIPIO DE YONDO ***

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL CIUDADANO

FORMATO CONTROL DE ASISTENCIA

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

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desparasitacion antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud, ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enf. Jefe y Aux de Enfermeria

FECHA: 10 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	Samuel Arroyo Pacheco	x		8	1096.812771							x	3 octubre		Estudia	3143686576		
2	Mathew Mendoza	x		13	1096772370							x	3 octubre		Estudia	3207202796		
3	Hannah Mendoza		x	5	1042215723							x	3 octubre		Sin actividad	3007312909		
4	Uber Santa Rueda	x		14	1096.218355							x	3 octubre		Estudia	3208167277		
5	Salome Santa Rueda		x	7	1.042.215.166							x	3 octubre		Estudia	3208167277		
6	Valeria Castellanos P.		x	9	1097206270							x	3 octubre		Estudiante	3124078196		
7	Julian Castellanos P.	x		13	1096808446							x	3 octubre		Estudiante	3124078196		
8																		
9																		
10																		
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 indígenas, 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 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: Desparasitacion antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio, con el proposito de prevenir problemas de salud, ocasionados por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enf Jefe y Aux de Enfermeria

FECHA: 11 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	Mariano Medina Yepez	X		8	1042214696							X	Brisas		Estudia	3164467354		MMF
2	Dylan David Arguello	X		7	1042215021							X	Brisas		Estda	3154011442		Dilah
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
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 | Revisó: Secretaria de Planeación TIC's y Desarrollo Territorial | Aprobó: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL 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: Desparasitacion antihelmintica a niños de 1 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud, ocasionadas por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Aux de Enfermeria

FECHA: 11 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	Tana Saray Garcia B.		x	8	1042214724							x	N. Esperanza		Estudiante		3133046512	Tania
2	Keydi Salome Mann Agudelo		x	6	1042215127							x	N. Esperanza		Estudiante		3133519473	Keidy
3	Maria del mar Mantilla		x	11	1096235337	x							N. Esperanza		Estudiante		3216881541	Maria del Mar
4	Hector Soto mejia	x		13	1096807672	x							N. Esperanza		Estudiante		3216881541	Hector
5	Jader Arley Soto mejia	x		14	1.096216295	x							N. Esperanza		Estudiante		3216881541	Jader
6	Feby Esmith Barandica soto		x	11	1096232656	x							N. Esperanza		Estudiante		3216881541	Feby Barandica
7	Estefani Camila Florez C.		x	9	1042214330	x							N. Esperanza		Estudiante		3208457194	Stefany
8	Carlos manuel Florez M.	x		8	1042214926							x	N. Esperanza		Estudiante		318-1458132	Carlos f
9	Saray Yantza cardenas M.		x	11	1042213482							x	N. Esperanza		Estudiante		3181458132	Saray Card
10	Salome Contreras		x	10	1042213995							x	N. Esperanza		Estudiante		3127255029	Salome
11	Juleth tatiana vargas		x	13	1042212817							x	N. Esperanza		Estudiante		3127255029	Yuleth
12	Yeidi Brand Cañaveral		x	12	1096224998							x	N. Esperanza		Estudiante		3232476023	Yeidis
13	Euder Emilio Brand.	x		13	1096224017							x	N. Esperanza		Estudiante		3232476023	Euder. C
14	Esleny Lucero Estrada			9	1042214355							x	N. Esperanza		Estudiante		3232476023	Lucero
15	David cordoba mejia	x		10	1042313971	x							N. Esperanza		Estudiante		3175002528	
16	Luis Angel Esquivel	x		6	1042215502							x	N. Esperanza		Estudiante		3124095598	Luis E
17	Damannys Garrido		x	7	1030375							x	N. Esperanza		Estudiante		3245484253	Damannys G
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, TICs y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

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

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCION AL [illegible]ADANO	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: Desparasitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años del área urbana y rural del municipio, con el proposito de prevenir problemas de salud, ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Ent Ref y Aux de Enfermeria

FECHA: 11 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	Dian Maite Flore Mendez		X	5	1042245731							X	Bristol.		Encarga	3153902814		
2	Harrinson D. Gutierrez C.	X		9	1185464363							X	Bristol		Estud.conte	3145705994		
3	Breiner Molina	X		14	1041363627							X	Bristol		Estudiante	3145526759		
4	Alexandra Bermudez B.		X	8	1.042214.824							X	Bristol		Estud.conte	3248652499		Alexandra Bermudez
5	Rosaura Trespalacios.		X	14	1042212645							X	Bristol		Estud.conte	3248652499		Rosaura Trespalacios
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
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

*** 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
	Pagina:	Pag 1 de 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Desparasitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio, con el proposito de prevenir problemas de Salud, Ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Auxiliares de Enfermeria.

FECHA: 12-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	Kevin Andres Navarro	X		9	1042214374							X	San luis		San luis	3104599881		Kevin
2	Eddy Navarro	X		11	1042213326							X	San luis		Estudiante	3104599881		Eddy
3	Esteban Andres Bagueo	X		6	1040101642							X	San luis		Estudiante	3104599881		Esteban
4	Chelsea Tapias Castillo		X	12	1096229651							X	San luis		estudiante	Cel. 3246785677		Chelsi
5	Sofia Rojas		X	13	1096224007							X	San luis		Estudiante	3008396626		Sofia
6	Salome meza Mendez		X	8	1042214864							X	San luis		Estudiante	3015964704		Salome
7	Jan Meza Mendez	X		6	1042215559							X	San luis		Estudiante	3015964704		Laura
8	Laura Meza Mendez		X	9	1042214251							X	San luis		Estudiante	3015964704		Laura
9	Dilan Santiago Mendez	X		7	1042214912							X	San luis		Estudiante	3143504356		Dilan
10	Edvik Santiago Giraldo	X		5	1042215644							X	San luis		Estudiante	3126333178		Edvik
11	Jeidy J. Tejada		X	6	1096647645							X	San luis		Estudiante	3243109790		Jeidy
12	Miguel Angel Gallardo	X		13	1042212798							X	San luis		Estudiante	3243109790		Miguel
13	Karl Yulitza Cifuentes		X	7	1042215101							X	San luis		Estudiante	3118989490		Karol
14	Duban Cifuentes	X		10	1042214604							X	San luis		Estudiante	3118989490		Duban
15	Dillalexin Cifuentes Ruiz		X	8	1042214570							X	San luis		Estudiante	3006466229		Daniela R
16	Dilan Santiago Granada	X		6	1096814579							X	San luis		Estudiante	314526		Dilan
17	Laurin Y. Granada		X	7	1096251357							X	San luis		Estudiante	3143711847		Laurin
18	Eliana A Prieto		X	14	1096806752							X	San Luis		Estudiante	3143711847		Eliana
19	Joel Santiago Meza. D.	X		8	1096247017							X	San luis		Estudiante	3246703976		
20	Paula Andrea chacon		X	12	1042213514						X		San luis		Estudiante	3046989027		Paula

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.

Elaboró: 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: Desparasitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años del zirca urbana y rural del municipio, con el proposito de Prevenir Problemas de salud, Ocasionada por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Aux. de Enfermeras.

FECHA: 12-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	Nicole Liseth Chacon		X	14	1097194760							X	San Luis		Estudiante	3016989027		Nicol
2	Sarid Dayana Matato.		X	9	1002214261							X	San Luis		Estudiante	3001907261.		SARID
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
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: Secreta ia de Gobierno | Reviso: Secretaria de Plan ación y TIC s y Desarrollo Territorial | Aprobo: Secretaria General y de Talento Humano

Municipio de Yondó Antioquia

GESTION DE ATENCIÓN AL 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: Desparacitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años de area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionadas por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermera Jefe y Auxiliares de Enfermeria

FECHA: 13 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	Shaulth. Paternostro Ruiz		x	12	1099.266.234							x	Brisas		Estudia	3208026911		candelario Ruiz
2	Kristhen Rose Estrada Mira		x		x								x		x	x		x
3	Juan Angel lara	x		11	1096811005							x	Paraiso		Estudia	3218263061		Juan Angel
4	Melany Garcia Romero		x	10	1042213950							x	Paraiso		Estudia	3104786944		Melany
5	Alana Mancipe		x	10	1096811663							x	Paraiso		Estudia	3148268106		Alana
6	Alberth mancipe	x		13	1096808206							x	Paraiso		Estudia	3148268106		Alberth
7	Helen Agudelo Cardenas		x	11	1097201284	x							Paraiso		Estudia	3134618590		Helen
8	Joiner Andres Rodriguez	x		8	1042213810	x							Paraiso		Estudia	3134204563		Joiner
9	Julian David Martinez	x		10	1042214022	x							Paraiso		Estudia	3133274938		
10	Karen Flores estrada		x	14	1094194365							x	Paraiso		Estudia	3336466128		Jiveth
11	Mariana Saucedo A		x	10	1064800841							x	Paraiso		Estudia	3219503449		Mariana
12	Juan. Diego Salgado	x		7	1042215036							x	Paraiso		Estudia	3219503449		JUAN
13	Welkin Dayan Aponte	x		11	1065997830							x	Paraiso		Estudia	3219503449		Welkin
14	Saray Aponte H.		x	10	1042214687							x	Paraiso		Estudia	3219503449		Saray
15	Emily Daniela montiel		x	14	1042212583							x	Paraiso		Estudia	3161529858		Emily
16	Maria Jose montalegre		x	6	1042215384							x	Paraiso		Estudia	3158596978		
17	Juan Pablo Bohorquez	x		11	1096810218							x	Paraiso		Estudia	3143516409		Juan J.
18	Sanie Sofia Ramirez		x	12	1096230027							x	Paraiso		Estudia	3234819546		sofia
19	Andres David Cantillo	x		12	1042213019							x	Paraiso		estudia	3176064635		Andrés
20	Juan Esteban Padilla	x		5	1042215693	x							Paraiso		Estudia	3219454548.		

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 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: Desparasitación antihelmintico a niños de 5 a 14 años del area rural y urbana del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos.

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe y Auxiliares de Enfermeria

FECHA: 13 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	Steven Manrillo	x		6.	1037503941		x						Gaitan		Estudiante	3226526164		
2	Samuel Alejandro. Velilla	x		7	1042215100								Gaitan		Estdiante	3115723514		Samuel
3	Juan Sebastian Alvear	x		14	1096801348								Gaitan		Estdiante	3123930850		Juan
4	Oriana Conde		x	13	1096801697								Gaitan		Estdiante	3508512880		Oriana
5	Yelenith Torres		x	5.	1042215432								Gaitan		Estudiante	3003824407		
6	Iriana mileydis Flores		x	5	1042215742							x	Gaitan		Estdiante	3152620946		
7	Madeleina Alejandra Adarve		x	14	1096805923								23 Enero		Estdiante	3142657591		Alejandra
8	Emily Sofia Carballido G.		x	9	1096740520							x	25 Enero.		Estdiante	3133396361		Emily Carballido
9	Karolain Julieth Jordan		x	9	1096812467							x	25 Enero		Estdiante	3133396361		Karoline Jordan
10	Zahyra Valentina Estrada		x	12	1095801807								25 Enero		Estdiante	3132232000		Zahyra
11	Jean Paul Estrada M.	x		10	1097203471								25 Enero		Estdiante	3132232000		Jean Paul
12	Zain Bedolla		x	12	1042213201								25 Enero		Estdiante	3162909656.		
13	Neider Bedoya M.	x			1185.464494								25 Enero		Estdiante	3102996560		
14	Sofia Castellano		x	14	1096866937								Paraiso		Estdiante	3209002828		Sofia Castell.
15	Shelsy Vara Ramirez		x	11	1097200757								Paraiso		Estudiante	3214303930		Yoleny R
16	Cristofer Vara Ramirez	x		8	1042214658								Paraiso		Estudiante	3214303930		Yoleny R.
17	Camilo Goyo Ramirez	x		8	1042213130								Paraiso		Estdiante	3148581262		
18	Mateo Castellano.	x		6.	1092111096814722								Paraiso		Estdiante	3204734129		
19	Silvana Cabezas.		x	9	1097200163								Paraiso		Estdiante	3195532200		
20	Gabriel Guzman R	x		13	1042213216								Paraiso		Estdiante	3102358224		Gabriel G

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	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: Desparasitación antihelmintica a niños de 5 a 14 años del area urbana y rural del municipio con el proposito de prevenir problemas de salud ocasionados por parasitos

DEPENDENCIA RESPONSABLE: PIC 016-2024

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD: Enfermero Jefe y Auxiliares de Enfermeria

FECHA: 13 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	Sara Valentina marmol		X	5	1096815448		X						Paraiso		Estudia	3219454548		
2	Daniel Padilla mendez	X		8	1042214130		X						Paraiso			3219454548		
3	Damian Sambrano	X		12	1216966503		X						Paraiso			3219454548		
4	Isabel K. Arrieta Oyago		X	12	1082990883							X	Paraiso		Estudiante	3223635426		Isabel Arrieta
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
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 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

TEMA O ACTIVIDAD:

Programas radiales Tema: vacunación segura, enfermedades que previenen las vacunas, beneficios, causas de no vacunación, promoción del servicio de vacunación.

LUGAR:

Emisora Yondó Stereo 90,3 FM

POBLACIÓN:

Adultez y Vejez

RESPONSABLE:

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

OBJETIVO:

Informar y educar a la comunidad sobre la importancia de la vacunación para la prevención de enfermedades transmisibles y ofertar a la comunidad el Plan Ampliado de Inmunización Gratuito de la ESE Hospital Héctor Abad Gómez.

FORMA DE CONVOCATORIA:

En convenio con Yebrail Mesa Riaño y que a través de la emisora Yondó Stereo 90,3 FM", se realizan programas radiales emitidas, informando y educando sobre vacunación segura, enfermedades que previenen las vacunas, beneficios, causas de no vacunación, promoción del servicio de vacunación.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

La actividad se desarrolla en la emisora contratante con la ESE- Hospital Héctor Abad Gómez en la que previamente se grabaron los programas radiales sobre vacunación segura, enfermedades que previenen las vacunas, beneficios, causas de no vacunación, promoción del servicio de vacunación. Posteriormente se realizó la emisión a través de la emisora Yondó Stereo 90,3 FM del 28 noviembre al 02 de diciembre del presente año.

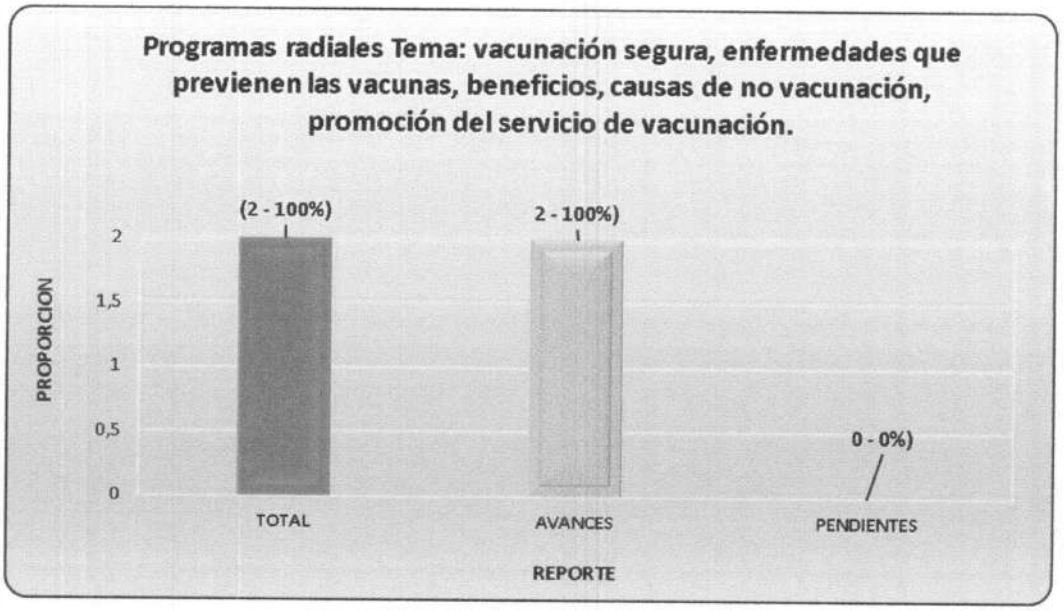
E.S.E. HOSPITAL
HÉCTOR ABAD GÓMEZ
NIT. 800.014.884-7

RESULTADOS O LOGROS:

Información y educación a toda la comunidad sobre vacunación segura, enfermedades que previenen las vacunas, beneficios, causas de no vacunación, promoción del servicio de vacunación.

INDICADOR:

Programas radiales Tema: vacunación segura, enfermedades que previenen las vacunas, beneficios, causas de no vacunación, promoción del servicio de vacunación.		
Total	**Realizados**	**Pendientes**
2	2	0
100%	100%	0%



ANALISIS:

Como se observa en la gráfica, de los 2 (100%) programas radiales sobre vacunación segura, enfermedades que previenen las vacunas, beneficios, causas de no vacunación, promoción del servicio de vacunación, se emitieron 2 en el mes de diciembre, cumpliendo de esta manera con el 100% de las emisiones contempladas en el anexo del PIC.

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

INFORME CUANTITATIVO:

CRONOGRAMA DE PROGRAMAS RADIALES				
Pauta	Periodo	Frecuencia	Impactos	Duración
vacunación segura, enfermedades que previenen las vacunas, beneficios, causas de no vacunación, promoción del servicio de vacunación.	Del 28 de noviembre al 02 de diciembre de 2024	Lunes a viernes	2	15 minutos

EVIDENCIA FOTOGRÁFICAS





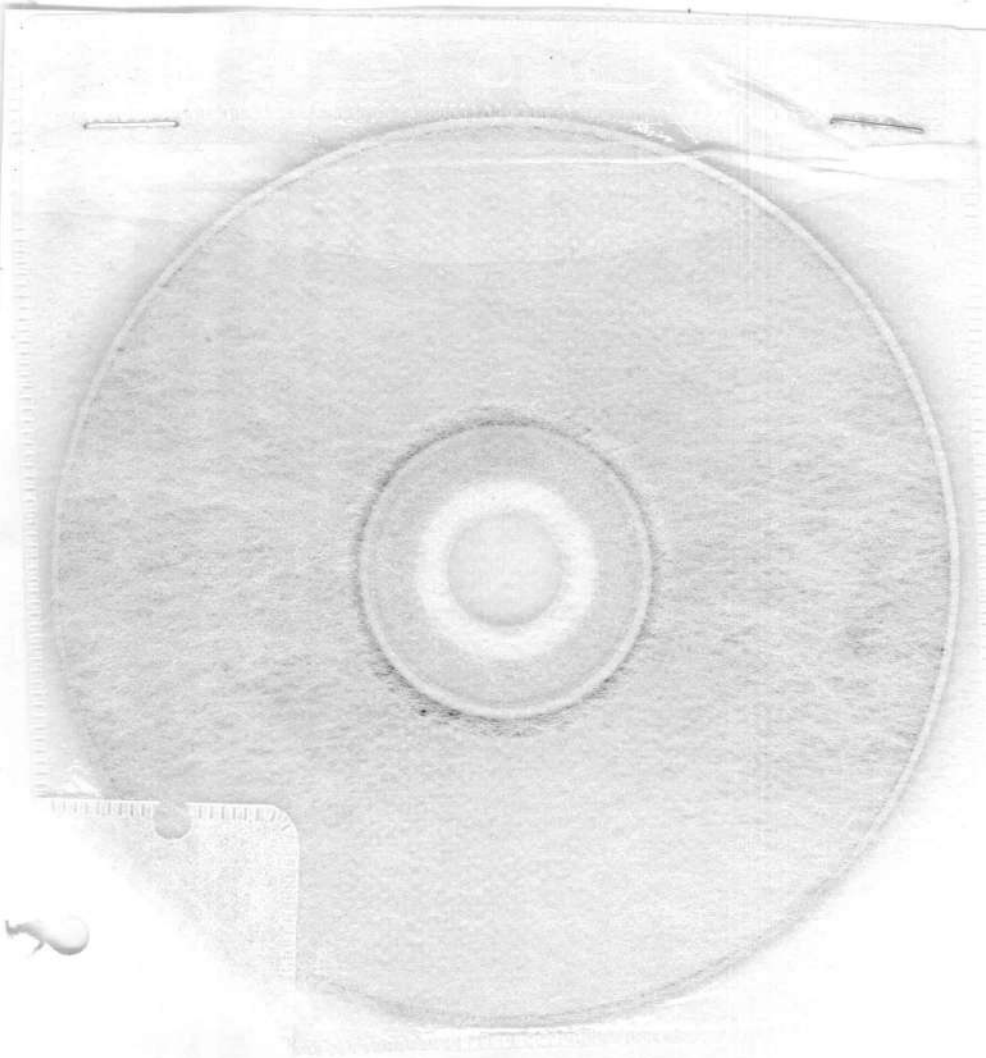


KATHERINE ÁLVAREZ MEZA
Enfermera

CARLOS MENDOZA RODRÍGUEZ
Auxiliar de enfermería

RAFAEL OSPINO MÁRMOL
Auxiliar de enfermería

VIVIANA NAVARRO BAYONA
Auxiliar de enfermería



CERTIFICADO DE CUÑAS RADIALES

La **Emisora YONDO STEREO 90.3 FM** certifica que se ha emitido 1 cuña radial diaria durante 6 días consecutivos desde el **28 DE NOVIEMBRE al 2 DE DICIEMBRE DEL 2024** alusiva a la Prevención del consumo de sustancias psicoactivas, rutas de atención, signos de alarma y detección relacionadas con el Plan de intervenciones colectivas- PIC 2024, además de programas radiales con el tema central: **Vacunación Segura, Enfermedades que previenen las vacunas, Beneficios, Causas de no vacunación, Promoción del servicio de vacunación.**

DETALLES DE LA INFORMACION:

Duración: 6 días.

1. FECHA DE INICIO: **28 DE NOVIEMBRE DEL 2024.**
2. FECHA DE FIN: **02 DE DICIEMBRE DEL 2024.**
3. PROGRMAS EMITIDA: **(CROSOVERS DE LA MAÑANA) Y (DESCARGA MUSICAL).**

YEBRAIL MESA RIAÑO

Representante legal

CC 1096183898