ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

NIT: 824000725 - 0

Persona: Jurídica
Responsabilidad fiscal: O-23 Agente de retención IVA
Actividad principal: 8699

Direccion Sede
Telefonos

COLOMBIA, CESAR, VALLEDUPAR
eventoshead@gmail.com

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

FV1130644

ADQUIRIENTE: ALCALDIA MUNICIPAL DE VALLEDUPAR DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 800098911 - 8 DIRECCIÓN: COLOMBIA, CESAR, VALLEDUPAR, CARRERA 5 # 15-69 B PLAZA ALFONSO LÓPEZ CORREO ELECTRÓNICO: contabilidad@valledupar-cesar.gov.co NÚMERO TELEFÓNICO: 5842444	FECHA DE EMISIÓN 2024-10-22 07:56:49	FECHA DE VENCIMIENTO 2024-11-22
	CUFE 54bead5e5bf3e1f6fabb88fcebc9a9abc008f28a1bb071fedc4358e496b6e83b1e5f24a19e5d1a04f4f3314bc485c29f	

#	DESCRIPCIÓN	CTD.	VALOR UNITARIO	IMPUESTOS	SUBTOTAL
1	CONCEPTO - No Contrato 423-SGR-2024 - PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR, DE 01 DE JUNIO AL 30 DE JUNIO DE 2024	1	6,356,367		6,356,367

Forma de pago: Crédito
Plazo en días: 31
Referencia:
Periodo: 2024-06-01 - 2024-06-30
Observaciones:

Se hace constar que las mercancías o servicios fueron entregados real y materialmente y en todo caso, la factura será considerada irrevocablemente aceptada por el comprador si no reclamare en los tres (3) días hábiles siguientes a su recepción.

Esta Factura de Venta se asimila en sus efectos a la letra de Cambio (Art. 621 y 774 de C.C.)

Resolución número 18764062459353 autorizada el 2023-12-22 desde FV1118576 hasta FV1199999, vigente hasta el 2024-12-22.

Subtotal Precio Unitario (=)	6,356,367
Descuentos detalle (-)	0
Recargos detalle (+)	0
Subtotal No Gravados (=)	6,356,367
Subtotal Base Gravable (=)	0
Total impuesto (+)	0
Total más impuesto (=)	6,356,367
Descuento Global (-)	0
Recargo Global (+)	0
Anticipo (-)	0
Valor Total	**6,356,367**

SEIS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS SESENTA Y SIETE PESO(S) COLOMBIANO(S) EXACTOS

Documento procesado por Grafosoft SAS 901.084.328, Proveedor tecnológico autorizado, desarrollo informático 824000725GLOBHO.
Fecha y hora de expedición 2024-10-22 09:02:58.

Firma Digital:
Mm0zk4wom76n2wqV1yf90/03WagfP/oNJwOPHv0av8tuLObGj3hTs/DPfNXTJ7RF4ntJQj9cFppq9ttjlxvm6rjnVcPAJgyXjg1qO4teQIkiu2vgBKL6HlTg3JY/lnDs/UPyyquj4GbYbc5MrEyKa5ypwPf7e1c5t6hz1aDo4YlAOylMZfjBJEJAAHR4lM60LDPcSQwKli9pXlQJLQ4Nps56i5XFaeT0/Lw0dKrle6gk0X/o0K89sAtTiSsY9931iOo+3V7ztU06FatRB6tGg2rTS7hMS+trSbimUKy7STYQ9usw0ogfA1xn+8g47Tb/ya1JZ7PpzFV6yLA+X714lA==

SECRETRARIA LOCAL DE SALUD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS - 2024

CRONOGRAMA DE EJECUCION DE ACTIVIDADES MENSUAL

CONTRATO INTERADMINISTRATIVO DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD NUMERO 423-SGR de 2024

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCIÓN DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR - AÑO 2024.

FECHA DE EJECUCION: DEL 1 DE JUNIO AL 30 DE JUNIO DE 2024

DIMENSIÓN PDSP	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	COMPPONENTE OPERATIVO	VALOR PROGRAMADO	CANTIDAD PROGRAMADA	ACTIVIDADES EJECUTADAS MES			EFECTIVIDAD DE EJECUCION				ACTIVIDADES POR EJECUTAR		
					No. DE ACTIVIDAD EJECUTADA MES	VALOR DE LA ACTIVIDAD MES	% DE EJECUCION MES	TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	VALOR TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	No. DE ACTIVIDADES REALIZADAS	VALOR TOTAL ACTIVIDADES REALIZADAS	No. DE ACTIVIDADES PENDIENTES	VALOR TOTAL POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos	Realizar 380 tamizajes; 280 pruebas rápidas de tamizaje para VIH/SIDA, 50 para HB y 50 para HC, en poblaciones vulnerables priorizadas Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Mujeres transgénero, Personas en situación de prostitución, Usuarios de drogas inyectables, Habitantes de calle	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 15.772.000,00	380	38	$ 41.505	10,00%	38	$ 1.577.190	38	$ 1.577.190	342	$ 14.194.810,00	90,00%
	Desarrollar quince (15) jornadas de salud dirigidas a gestantes y madres lactantes con intervenciones individuales (RPMS y RIAMP) y colectivas, se desarrollen acciones que promuevan la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 25.000.000,00	15	1	$ 1.666.667	6,67%	1	$ 1.666.667	1	$ 1.666.667	14	$ 23.333.333,00	93,33%
TOTAL									$ 3.243.857,00					

ELBA YOLANDA USTARIZ MARTINEZ
Gerente
E.S.E HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA

ELIANA PATRICIA APONTE HERNANDEZ
Supervisor PIC Vigencia 2024
Supervisor

Proyecto: BELKIS CORDOBA QUINTERO
Profesional - Apoyo coord. PIC 2024

INFORME DE ACTIVIDADES N° 02

SECRETARIA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACION DEL ESTUDIO PREVIO	SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
NIT	824000725-0
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	NUMERO 423 de 2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	$ 1.407.741.920
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA EJECUTAR LAS ACTIVIDADES DEL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS ENMARCADAS DENTRO DE LAS DIMENSIONES DEL PLAN DE ACCION EN SALUD DEL MUNICIPIO DE VALLEDUPAR – AÑO 2024.
PLAZO DEL CONTRATO	9 MESES
PERIODO REPORTADO	**1 de junio al 30 de junio de 2024**
DIMENSION	**SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**
VALOR ASIGANDO EN LA DIMENSION	**$ 235.000.000**

ACTIVIDAD A EJECUTAR	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	ANEXO /FOLIO
Desarrollar quince (15) jornadas de salud dirigidas a gestantes y madres lactantes con intervenciones individuales (RPMS y RIAMP) y colectivas, se desarrollen acciones que promuevan la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con la estrategia **"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE"**. Las jornadas deben realizarse en articulación con las EPS en	El principal objetivo de esta actividad es garantizar que las mujeres en edad fértil y gestantes identifiquen de manera clara la ruta integral de atención materna perinatal, logrando la adherencia en la oferta de la consulta de atención preconcepcional, la captación de gestantes al control prenatal antes de la semana 10 y la importancia de los controles durante el periodo de gestación.	-informe descriptivo de la actividad en el corregimiento de la Vega. -Plan de acción con seguimiento. -Acta de reunión y concertación de la actividad, -Registro fotográfico (mínimo 6 por cada encuentro) georreferenciación y fecha - Registro de asistencia (Planilla de asistencia por cada uno de las actividades con enfoque diferencial) -Videos donde se evidencie la actividad

Realizar 380 tamizajes; 280 pruebas rápidas de tamizaje para VIH/SIDA, 50 para HB y 50 para HC, en poblaciones vulnerables priorizadas Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Mujeres	Se realizo esta actividad en el centro carcelario la Judicial, en el pabellón d mujeres y en este caso la población LGTBIQ+ las cuales se realizaron 18 tamizajes para VIH-HB-HC, se le brindo asesoría pretest y postest.	-informe descriptivo de la actividad en el corregimiento de la Vega. -Plan de acción con seguimiento. -Acta de reunión y concertación de la actividad, -Registro fotográfico Con georreferenciación y fecha - Registro de asistencia (Planilla de asistencia por cada uno de las actividades con enfoque diferencial) -Videos donde se evidencie la actividad

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 7 dias del mes octubre de 2024

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORD.PIC-2024

PROYECTO: BELKIS CORDOBA
Coordinadora PIC 2024

REVISO ELIANA APONTE
SUBDIRECTORA CIENTIFICA

ACTIVIDAD N° 02

Desarrollar quince (15) jornadas de salud dirigidas a gestantes y madres lactantes con intervenciones individuales (RPMS y RIAMP) y colectivas, se desarrollen acciones que promueven la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con la estrategia " RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE". las jornadas deben realizarse en articulación con las EPS en cumplimiento con los aspectos técnicos

		Evelyn Maestre Diaz	Líder salud etnia Kankuama Líder ICBF Rioseco	3215062830	

Así las cosas, luego del contacto telefónico, con el beneplácito y compromiso de las personas contactadas, se proyectó un cronograma de actividades para el desarrollo de las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas, en el marco de la estrategia RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA, como sigue:

TERRITORIO	Fecha	hora	Lugar
Rio Seco	25 junio	10: 30 am	Centro de salud

De igual forma se extendió invitación, vía electrónica, a participar del evento a las diferentes EPS del Municipio de Valledupar en aras de que hicieran presencia.

Se finaliza la concertación

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Diseño de banner publicitario	HEAD	16 junio 2024
2	Convocatoria de mujeres gestantes y lactantes	Líderes contactados	14/06/2024
3.	Contactar unidad móvil para asistencia al evento	HEAD	14/06/2024

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	
	Nombre:	Liliana Aguilar Caro

INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES N° 002

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR

Desarrollar quince (15) jornadas de salud dirigidas a gestantes y madres lactantes con intervenciones individuales (RPMS y RIAMP) y colectivas, se desarrollen acciones que promueven la maternidad segura y la oportuna planificación familiar, según la resolución 3280 de 2018 en los corregimientos priorizados, con la estrategia " RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE". las jornadas deben realizarse en articulación con las EPS en cumplimiento con los aspectos técnicos

1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

OBJETIVO:

Garantizar que las mujeres en edad fértil y gestantes conozcan la ruta integral de atención materna perinatal, hacer adherencia en la oferta de la consulta de atención preconcepcional, la captación de gestantes al control prenatal antes de la semana 10 y la importancia de los controles durante el periodo de gestación

DESARROLLO:

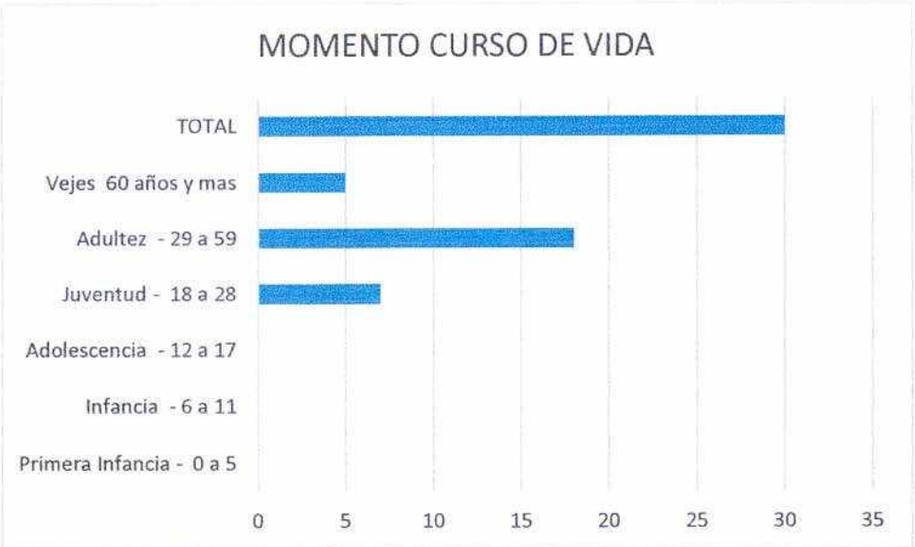
En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones colectivas del Municipio de Valledupar, desde la Dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos reproductivos se planeó, el desarrollo de la jornada de la maternidad segura y saludable para ser realizada en el territorio priorizado de Río Seco, de acuerdo a lo previsto en la ficha técnica, lo que implicó hacer contacto con líderes del territorio, proceso descrito en el acta de concertación, y se estableció el sitio de realización del mismo, centro de salud del corregimiento. De igual forma se proyectó el mecanismo de búsqueda de la población sujeto de ser vinculada a la estrategia, como también se realizó difusión del evento en comunidad y redes sociales, adicionalmente se Socializa a las EPS del municipio vía correo electrónico para que se vinculen al desarrollo de la actividad.

De acuerdo a lo anterior, se realizó contacto con los líderes, se contó con el apoyo de la inspección de policía, la líder de salud, líder ICBF y Kankuama del territorio, quienes desde su rol promocionaron el evento e invitaron a la comunidad a asistir, por parte de la líder de salud, se informó que en el corregimiento había cuatro mujeres en estado de gestación, las cuales se encuentran en control y seguimiento, asistieron a la actividad 3 de ellas y la otra se encontraba realizando laboratorios en la ciudad de Valledupar, Las que asistieron no presentaban alteraciones relacionadas con el embarazo

Se desarrolló la actividad brindando atención médica y de higiene oral como también realización de citologías a los asistentes, de igual manera. alternamente, se socializaron las intervenciones incluidas en la ruta integral de atención materno perinatal, iniciando con el abordaje de la valoración preconcepcional, resaltando la importancia de ésta, en la medida en que permite al profesional de la salud, determinar el riesgo reproductivo de la pareja que proyecta un embarazo, se hace énfasis en que se debe buscar el acompañamiento del personal de salud desde el momento en que se pensando en la reproducción, pues desde allí, se identifica en forma temprana, cualquier situación de la salud de la pareja, que deba ser atendida de manera previa para garantizar que el embarazo se desarrolle en las mejores condiciones y se logre tener una gestación con bajo riesgo biopsicosocial prenatal. En el evento en que todo se encuentre bien con la pareja, se requerirá aplazar por lo menos tres meses el embarazo, con el uso de un método anticonceptivo temporal, concertado de acuerdo a los criterios de elegibilidad de la OMS, para que la mujer, durante este tiempo, tome ácido fólico previo a embarazarse y, luego sí, iniciar el proceso de fecundación.

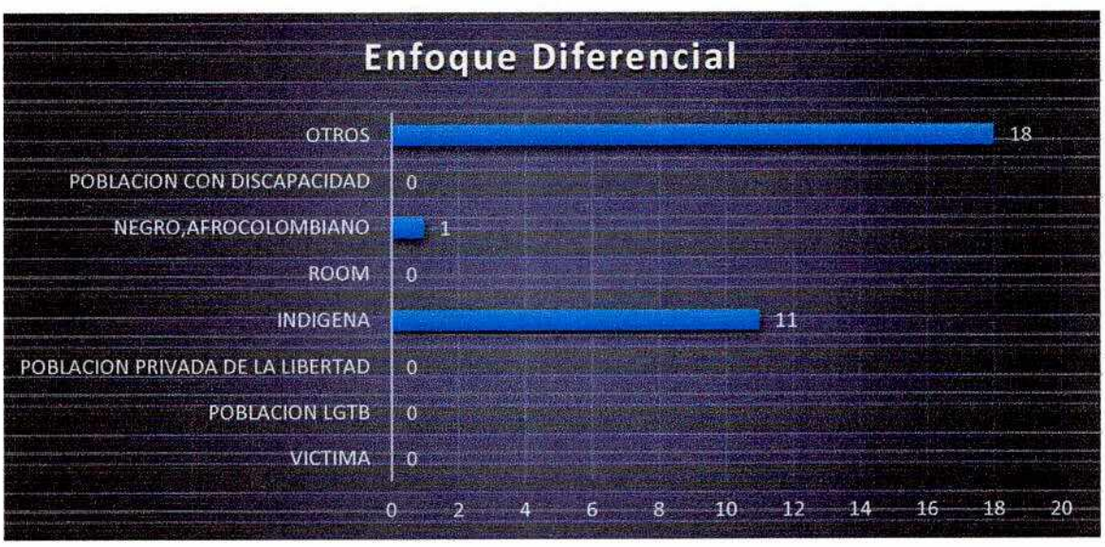
Seguidamente se aborda la intervención de Interrupción Voluntaria del embarazo, que hace parte de la Ruta Materno perinatal, que aunque representa una salida, se requiere atención en el marco de la Ruta, se hace claridad de lo establecido desde el punto de vista jurídico a la luz de las sentencias C055 de 2022 y C355 de 2006, se hace énfasis en que se debe respetar las decisiones tomadas en el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos, garantizando la autonomía reproductiva de la mujer que solicita la intervención, que se debe tratar en dignidad y respeto por parte del personal de salud y hay un tiempo máximo de 5 días para que su Empresa promotora de salud, resuelva la solicitud.

DISTRIBUCION POR CURSO DE VIDA



El 60% de la población intervenida se encuentra en la adultez, seguido con un 23% población joven y 5 mujeres en la vejez.

ENFOQUE DIFERENCIAL



Se intervinieron en esta jornada 11 mujeres que pertenecen a la etnia indígena con un 36% y el 60% esta entre otros.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: CUAL?: Jornada

NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la maternidad segura y saludable.

RESPONSABLE: Liliana Aguilar Cap FECHA: 25-06-2024.

LUGAR: Rio Seco

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	!DENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. 0-7 2. 8-12 3. 13-21 4. 22-45 5. 45-70 6. 71-90 7. 91-100	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Evelin Maestre Diaz.		2	5	2	4	1	3213062830	Lider Kkma	-
2	Disney Maestre Maestre	1065601712	2	4	2	1	1	3135610438	Madre Comunita	x Disney Maestre M
3	Rosa Elena Ortiz Muñoz	49722029	2	5	1	4	1	3234148957	Ama de casa	x Rosa Elena Ortiz
4	Nelly Arias Arias	1065630238	2	4	2	1	1	3233132681	Secu. Gindes	x NELLYS MARIA
5	Diana Montes Mendoza	99797968	2	4	2	1	1	3148119454	Secu. Gindes	x Diana Mendoza.
6	Yiseth Tapias Castillo	1003380021	2	4	4	1	-	3143065275	Estudiante	x Yiseth Tapias.
7	Sonia Castilla Pérez	1065612383	2	4	4	1	1	3147229741	Ama de Casa	x
8	Maria camila Arieta	1081914042	2	3	4	4	1	3224976849	Ama de casa	· Maria Arieta Villareal
9	Carolain Deangel Manaya	1081909635	2	3	4	2	-	3170866726	soltera	Carolai De Angel M.
10	Yesika Iriarte	1122404271	2	4	4	4	1	3105089948	Ama de casa	Yesika Iriarte.
11	Jeris hernandez Roa	1118803980	2	4	4	4	1	3225232069	Ama de casa	Jeris HR
12	Elsa Patricia Ditta	1127939712	2	4	4	4	1	3168910236	Ama de casa	x Elsa P. Ditta P.
13	Elizabeth Villazan Zapata	1193601756	2	4	2	4	1	3146733782	ama de casa	x Elizabeth Villazon
14	Liliana Rodriguez	23894515	2	4	4	3	4	3126110648	ama de casa	x Liliana R.
15	Rosibel Montiel	-	2	3	2	3	1	3215409609	trabajo	x rosibel.
16	Olenys Maria Arias	1065814317	2	5	2	1	5	3206765425	ama de casa	Olenys Arias
17	Deisi mendoza	1065648890	2	4	2	2	5	3168138631	ama de casa	Deisi Mendoza
18	erika Suarez	1131006776	2	4	4	4	5	3135534190	ama de casa	xerica suarez
19	angella Salgado	1131004731	2	3	4	4	4	3128146578	ama de casa	angela Salgado
20	Vaneza bacarega	1063960602	2	3	4	4	5	3136466487	estudiante	Vaneza

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

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: CUAL?: Jornada

NOMBRE DEL EVENTO: Ruta de la materinidad segura y saludable

RESPONSABLE: Yuleimis Aguilar Cor FECHA: 25-06-2024

LUGAR: Rio seco

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. 0-7 2. 8-12 3. 13-21 4. 22-45 5. 45-70 6. 71-90 7. 91-100	ETNIAS: 1. AFRO 2. INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2. PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
1	Maria Jimenez	1063965416	2	4	4	2	1	3122370868	ama de casa	x
2	Blanca Ballesta	36623294	2	5	4	2	1	3122370868	ama de casa	x Blanca Ballesta
3	angelica Hernandez	1066280794	2	3	4	1		3113541020	estudio	x Angelica Hernandez
4	Nellis castilla	49.783.825	2	5	4	1	1	3145020728	ama de casa	Nellis castilla
5	Mayra Valleje	1065816336	2	4	4	4	1	3128281200	ama de casa	Mayra
6	amarilis Palacio	28091692	2	4	4	3	1	3225064644	ama de casa	amarilis
7	Kati milena Diaz	~~1065617168~~	2	3	4	4	estudiante	3206228835	estudiante	Kati milena
8	Elis Vega	1065617168	2	4	2	4	5	3127910759	ama de casa	x Elis Vega
9	Veronica Gonzalez	sin Dayuto	2	4	2	4	1	3107026461	ama	x Veronica
10	Angi Esther Martinez	1067608645	2	4	2	4	1	3136466487	ama de casa	angi x Martinez
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

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

RUTA MATERNO PERINATAL

Quiéreme, quiérete, protégeme



1 Atención para el cuidado preconcepcional

Si en embarazo quieres estar. aquí te podemos ayudar.

Confirmado el embarazo, acude con tu acompañante a la institución de salud.



4 Curso de preparación de la maternidad y paternidad

Mamá y tu acompañante asistan al curso de preparación de la maternidad, allí les enseñarán la importancia de los cuidados durante el embarazo.



5 Atención por odontología

Interrupción voluntaria del embarazo



6 Atención por nutrición



2 Atención en el cuidado prenatal

Primer control prenatal

Mamá debes asistir al primer control prenatal antes de las 10 semanas de gestación.





7 Atención del parto

Mamá y papá cuando inicien las contracciones diríjanse rápido a una institución de salud. No olvides los documentos y las cosas de mamá y el bebé.

Lactancia materna

En cuanto nace el bebé iniciar la lactancia materna exclusiva, hasta los **6** meses de edad.

3 Laboratorio

Es importante ir siempre a realizarse todos los exámenes de laboratorio clínico que ordene el doctor.



Pregunta por las vacunas de tu bebé

No olvides registrar y afiliar a tu bebé al sistema de seguridad social.

Control del recién nacido

Entre el tercer y quinto día no olvides asistir a consulta del recién nacido e inscribir al niño para la atención en salud.





Atención de complicaciones perinatales y postnatales del Recién Nacido



Atención de emergencias obstétricas

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

PIC

ACTIVIDAD N° 01

REALIZAR 380 TAMIZAJES: 280 PRUEBAS RAPIDAS DE TAMIZAJE PARA VIH7SIDA, 50 PARA HB Y 50 PARA HC, EN POBLACIONES VULNERABLES PRIORIZADAS HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRE, MUJERES TRANSGENERO, PERSONAS EN SITUACION DE PROSTITUCION, USUARIOS DE DROGAS INYECTADAS, HABITANTES DE CALLE

INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES

OBJETIVO:	Garantizar que los grupos priorizados adopten una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH, así como la importancia de las pruebas de tamizaje cuando se ha tenido comportamientos de riesgo
POBLACIÓN OBJETIVO:	Poblaciones vulnerables priorizadas: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Mujeres transgénero, Personas en situación de prostitución, Usuarios de drogas inyectables, Habitantes de calle

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones colectivas del Municipio de Valledupar, desde la Secretaría Local de Salud, se proyectó una jornada de con el objetivo de la conmemoración del día internacional del orgullo LGTBI+Q a lo cual fue convocada la dimensión población vulnerable, y el grupo de apoyo de la alcaldía de gestión social se realizaron diferentes actividades lúdicos recreativas, con atencion psicosocial donde se haría vinculándose con la tamización en VIH, Hepatitis B y Hepatitis C, a la población asistente, que se reunió en el patio de mujeres del sitio penitenciario mencionado, en el día y la hora descritos en la presente acta.

S ' ció con un abordaje amistoso y humanizado con las asistentes, informando que la actividad se estaba realizando p arte de la Alcaldía Municipal, la sectorial Salud y la ESE Hospital Eduardo Arredondo Daza, se prosiguió con una jornada de asesoramiento para pruebas voluntarias de VIH. Hepatitis B y Hepatitis C, resaltando la importancia de su realización, dado que conocer el diagnóstico, permite desplegar un andamiaje institucional hacia el tratamiento en aras de evitar las complicaciones, instaurando los apoyos diagnósticos y la complementación terapéutica de acuerdo a cada caso.

En este orden de ideas se realizó una sesión de asesoramiento colectiva por parte del profesional de ENFERMERIA, Y PSICOLOGIA que acompañó la jornada, incluyó un abordaje general de las enfermedades de Transmisión sexual con énfasis en VIH, HB y HC, a groso modo se explicó el modo de transmisión, síntomas, prevención, se abordó el proceso de ventana inmunológica y la necesidad de realizar de manera periódica, al menos durante un año a partir de una situación de riesgo, para descartar el contagio y por supuesto se enfatiza que después de ello, es indispensable el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales, además se hizo entrega de los mismos a los asistentes.

Así las cosas, dentro de los servicios prestados, se realizó un abordaje humanizado a los y las asistentes, con el fin de motivarlos a realizarse la prueba voluntaria, lo que incluyó orientación sobre conceptos básicos en sobre VIH, Hepatitis B y Hepatitis C, esto, en busca de generar reflexión y propender porque ellos logren optar por un cambio o inicien por hacer ajustes así sea en mínimas proporciones hacia la prevención. Es de resaltar, que en algunos casos evidenció algo de apatía e indiferencia en la realización del procedimiento, se prosiguió con la realización de soramiento para la realización de la prueba voluntaria, resaltando la importancia de la misma, dado que, conocer el diagnóstico, permite desplegar un andamiaje institucional hacia el tratamiento en aras de evitar las complicaciones, instaurando los apoyos diagnósticos y la complementación terapéutica de acuerdo a cada caso.

Luego de realizar el asesoramiento se dio paso a la toma de muestra que se realizó teniendo en cuenta los principios bioéticos, de beneficencia, no maleficencia, autonomía, motivo por el cual se realiza la firma del consentimiento informado por parte de todos los presentes, adicionalmente se tienen en cuenta todas las medidas de bioseguridad para evitar contaminaciones o accidentes relacionados con la realización del procedimiento de toma de muestra y tamización , garantizando además un ambiente de dignidad, respeto y humanización, cumpliendo con todos los estándares necesarios para garantizar la confidencialidad y la calidad del proceso. Así las cosas, se adelantó el proceso con todas las personas que accedieron a realizarse la prueba voluntaria y se realiza la entrega de resultados en total normalidad.

En este sentido, es importante resaltar que se utilizaron Pruebas rápidas de VIH de tercera generación, de Hepatitis B en sachet individual y de Hepatitis C con woofer colectivo para todas las pruebas, se abordó una población total de 18 personas en condición de población LGTBQ+, a las que se le realizaron 18 tamizaje para VIH, 10 tamizaje para Hepatitis B y 10 tamizaje para Hepatitis C, para un total d tamizajes a los participantes de la jornada. Es de resaltar que los resultados fueron favorables ya que el 100% de las participantes dieron negativo para las diferentes pruebas.

TAMIZAJE	CANTIDAD
VIH-SIDA	18
HEPATITIS B	10
HEPATITIS C	10
TOTAL	38

Finalizada la jornada, se agradece a la población y se hace énfasis en la importancia de la prevención y el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales, el autocuidado es indispensable para evitar la transmisión de estas enfermedades de alto costo y la propagación de las mismas en la población. Así mismo se agradece a todo el equipo por el acompañamiento y al sacerdote líder de la parroquia las tres avemarías por el liderazgo que ha mantenido haciendo acompañamiento a esta población vulnerable del municipio de Valledupar, que dicho sea de paso es bastante fluctuante, pues salen y entran del territorio con mucha frecuencia, lo que potencializa el riesgo más allá de su condición social inherente a su grupo poblacional. Se cierra de manera exitosa.

CARACTERIZACION DE LOS PARTICIPANTES

DISTRIBUCION POR GENERO



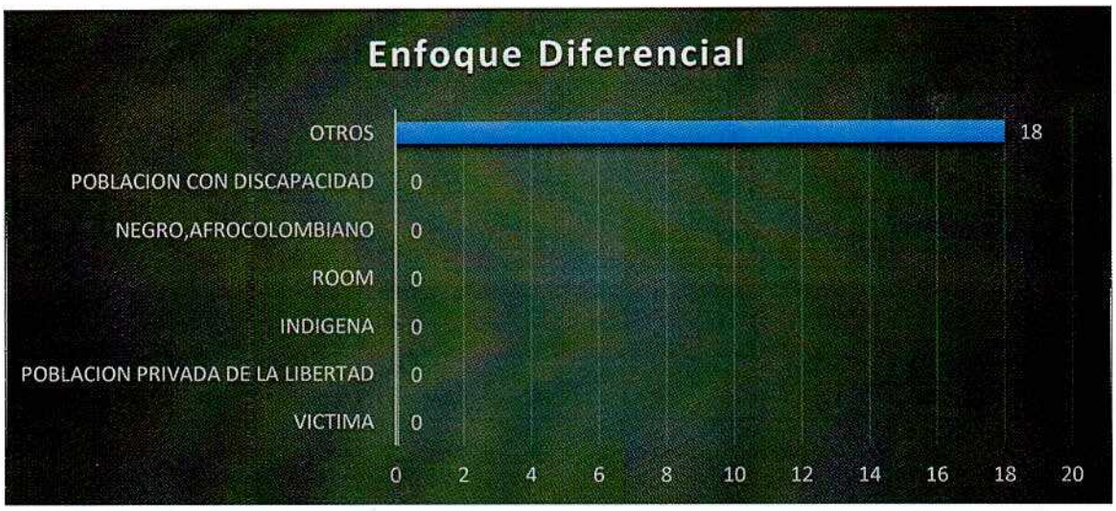
El 100% de la población intervenida en la jornada se consideran LGTBIQ+

DISTRIBUCION POR CURSO DE VIDA



De las asistentes a la jornada el 100% es decir 18 participantes se encuentran entre los 29 a 59 años de edad

DISTRIBUCION POR ENFOQUE DIFERENCIAL



18 participantes se no se identifican con ningún tipo de población diferencial que se encuentra en el listado de asistencia.

CENTRO PENINTECIARIO LA JUDICIAL
FECHA: 27/06/2024





CENTRO PENINTECIARIO LA JUDICIAL
FECHA: 27/06/2024





ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA		
NOMBRE	DOCUMENTO	CARGO	FIRMA

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL INFORME	Firma:	Liliana Aguilar
	Nombre:	Liliana Aguilar Caro

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS				
LUGAR:	Centro penitenciario La Judicial	**FECHA**	27/06/2024	**HORA INICIO**	9:00
				HORA FINAL	11:00

TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**	x	**REUNIÓN**		**CONCERTACIÓN**		**CARACTERIZACIÓN**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cuál:**	Tamizaje			

TEMA:	Descripción del desarrollo de la jornada de tamizaje realizada en el Centro penitenciario Judicial del municipio de Valledupar desde la dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas vigencia 2024
OBJETIVO:	Garantizar que los grupos priorizados adopten una cultura de autocuidado frente a las ITS y el VIH, así como la importancia de las pruebas de tamizaje cuando se ha tenido comportamientos de riesgo.
POBLACIÓN OBJETIVO:	Poblaciones vulnerables priorizadas: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, Mujeres transgénero, Personas en situación de prostitución, Usuarios de drogas inyectables, Habitantes de calle.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En el marco del desarrollo del Plan de Intervenciones colectivas del Municipio de Valledupar, desde la Secretaría Local de Salud, se proyectó jornada de atención a la población LGTBIQ+ en articulación con el centro penitenciario, la judicial, a lo cual fue convocada la dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, vinculándose con la tamización en VIH, Hepatitis B y Hepatitis C, a la población asistente, que se reunió en el sitio establecido por las autoridades penitenciarias, en el día y la hora descritos en la presente acta. Se resalta que al centro se ingresó sin equipos electrónicos, debido a las altas medidas de seguridad preventivas que hacen parte de la dinámica institucional del centro, para evitar incidentes.

Como es conocido, la situación de riesgo de la población LGTBIQ+ a contraer enfermedades de transmisión sexual es alta y aumenta, si se encuentra privada de la libertad en centros penitenciarios, dadas las condiciones y el modus vivendi de este grupo poblacional, este desafío para el territorio, moviliza permanentemente, a diferentes actores a integrarse en interacción y en sinergia, desde los diferentes roles que desarrollan. En este sentido, en esta jornada se convocó a la dimensión sexualidad Derechos sexuales y reproductivos, la cual direccionó al hospital Eduardo Arredondo Daza, en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas, como operador del mismo a vincularse para realizar una jornada de tamizaje y por supuesto información en salud a esta población.

Así las cosas, se realizó, por parte de la profesional de enfermería que apoyó el proceso, un abordaje humanizado a los y las asistentes, con el fin de sensibilizarlos y motivarlos a realizarse la prueba voluntaria, lo que incluyó orientación sobre conceptos básicos en sobre VIH, Hepatitis B y Hepatitis C, esto, en busca de generar reflexión y propender porque las personas asistentes, logren optar por un cambio o inicien por hacer ajustes así sea en mínimas proporciones hacia la prevención. Es de resaltar, que en algunos casos se evidenció permanentemente una actitud positiva y dinámica en torno a la realización del procedimiento, se prosiguió con la realización de asesoramiento para la realización de la prueba voluntaria, resaltando la importancia de la misma, dado que, conocer el diagnóstico, permite desplegar un andamiaje institucional hacia el tratamiento en aras de evitar las complicaciones, instaurando los apoyos diagnósticos y la complementación terapéutica de acuerdo a cada caso.

En este orden de ideas se realizó el proceso de asesoramiento acompañado de la firma de un formato, por parte del profesional de enfermería que acompañó la jornada, incluyó un abordaje general de las enfermedades de Transmisión sexual con énfasis en VIH, HB y HC, se socializaron las formas de transmisión, síntomas, prevención, se abordó el proceso de ventana inmunológica y la necesidad de realizar de manera periódica, al menos durante un año a partir de una situación de riesgo, para descartar el contagio y por supuesto, se enfatiza que después de ello, es indispensable el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales como medida preventiva, para evitar un posible contagio, además se hizo entrega de los mismos a los asistentes.

Luego de realizar el asesoramiento se dio paso a la toma de muestra que se realizó teniendo en cuenta los principios bioéticos, de beneficencia, no maleficencia, autonomía, motivo por el cual se realiza la firma del consentimiento informado por parte de todos las personas presentes, adicionalmente se tienen en cuenta todas las medidas de bioseguridad para evitar contaminaciones o accidentes relacionados con la realización del procedimiento de toma de muestra y tamización , garantizando, de igual manera, un ambiente de dignidad, respeto y humanización, cumpliendo con todos los estándares necesarios para garantizar la confidencialidad y la calidad del proceso. Así las cosas, se adelantó la jornada de tamizaje con todas las personas que dieron a realizarse la prueba voluntaria y se realizó la entrega de resultados en total normalidad.

En este sentido, es importante resaltar que se utilizaron Pruebas rápidas de VIH de tercera generación, de Hepatitis B en sachet individual y de Hepatitis C con woofer colectivo para todas las pruebas, se abordó una población total de 18 personas LGTBIQ+, a las que se le realizó tamizaje para VIH, 10 tamizaje para Hepatitis B y 10 tamizaje para Hepatitis C, para un total de 38 tamizajes a los 18 participantes de la jornada. Es de resaltar que no hubo pruebas positivas.

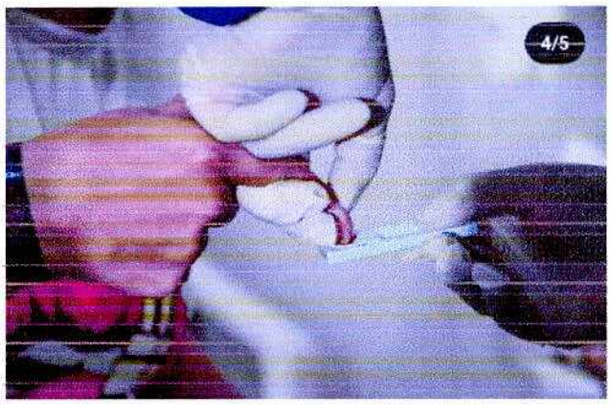
Las personan asistentes se mostraron agradecida y manifestaron la necesidad de traer otros servicios al centro penitenciario, adicional al tamizaje de VIH, HB y HC, que, si bien es cierto, es trascendental realizarlo, para mejorar la calidad de vida de quien lo alberga en su organismo, como también para cortar la cadena de transmisión, hay otros aspectos de la salud que deben ser revisados y monitoreados permanentemente, máxime en las condiciones que se encuentran interactuando las personas que se encuentran recluidas en el centro, como el hacinamiento, entre otros.

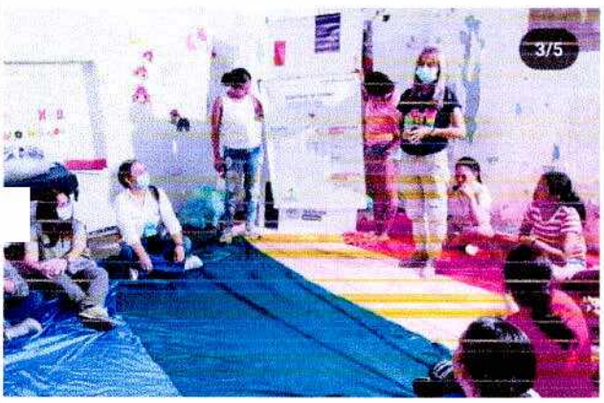
Por parte de HEAD y SLS, se agradece a la población y se hace énfasis en la importancia de la prevención y el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales, el autocuidado es indispensable para evitar la nsmisión de estas enfermedades de alto costo y la propagación de las mismas en la población. Así mismo se agradece a todo el equipo por el acompañamiento y a los guardias del centro penitenciario que hizo el acompañamiento durante la jornada. Se cierra de manera exitosa.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS
TAMIZAJE REALIZADA EN EL CENTRO PENITENCIARIO JUDICIAL
27/06/2024











EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS
TAMIZAJE REALIZADA EN EL CENTRO PENITENCIARIO JUDICIAL
27/06/2024

COMPROMISOS			
No.	**Tarea/actividad**	**Responsable**	**Fecha de compromiso**
1.	Realizar acta de la actividad	Equipo PIC	
2			

ANEXOS:	**LISTADO DE ASISTENCIA**		
NOMBRE	**DOCUMENTO**	**CARGO**	**FIRMA**

RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**	
	Nombre:	Berto Cóssio

VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Patricia Closer R	49749601	

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024 9:00 am

Yo Ana Milla Peña, identificado(a) con documento Numero 1627313 EPS: ? certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

x Ana Milla

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA, E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024 9:00am.

Yo Bleidis Serrano Marquez, identificado(a) con documento Numero 1065831325 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Bleidis Serrano
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Rosbely Noguera colina, identificado(a) con documento Numero 25039292 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Rosbely Noguera.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Rosana Alvarez Rojano, identificado(a) con documento Numero 1007558602 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Rosana Alvarez.
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Ana Gonzalez Alape, identificado(a) con documento Numero 1012389908 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Ana Gonzalez Alape

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Sandra Maraya Corto, identificado(a) con documento Numero 49772174 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Sandra Silva Castillo, identificado(a) con documento Numero 1063 954 867 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Sandra Silva

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Maria Perdomo Tellería, identificado(a) con documento Numero 27558306 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Luisa Barrera Soto, identificado(a) con documento Numero 1003375725 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Luisa Fernanda Barrera Soto
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Dayana Ruth Villegas, identificado(a) con documento Numero 1065570309 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Dayana

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Dina Amaya Anca, identificado(a) con documento Numero 1065812056 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27 - 06 - 2024

Yo Grace camilo camacho, identificado(a) con documento Numero 1067717513 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Wendy Gonzalez Silva, identificado(a) con documento Numero 49607407 EPS: Asmetsalud certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

wendy Co

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Yajaira Ortiz Ricarte, identificado(a) con documento Numero 1067717443 EPS: N. EPS certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Yajaira Ortiz.
FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Jakelin Julio Suarez, identificado(a) con documento Numero 1065639913 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Yakelin

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA POST - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 29-06 - 2024

Yo Leidis Arquet Rincon, identificado(a) con documento Numero 1007819120 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Leidis Arquet R.

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024 VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 28-06-2024

Yo Karen Robles Martinez., identificado(a) con documento Numero 1003428585 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Karen Robles M+2

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA: Enero 2024
		VERSION 2
	ASESORIA PPRE - TEST DE LA PRUEBA DE VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C	Página 1 de 1

Fecha y hora: 27-06-2024

Yo Anabel Romero Lozano, identificado(a) con documento Numero 25473112 EPS: _____certifico que he leído o me han leído el documento que explica en qué consiste la asesoría post-VIH, y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y que entiendo su contenido, incluyendo propósitos, limitaciones, beneficios y riesgos de haberme realizado una prueba diagnóstica para VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C. En virtud de ello manifiesto que:

- He recibido la asesoría post-prueba con el fin de entregarme el resultado de la prueba de VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Personal entrenado y calificado en consejería, me ha preparado y confrontado en relación con mis conocimientos, mis prácticas y conductas relacionadas con el VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.
- Fui informado de las acciones que se seguirán para proteger la confidencialidad de la información que he proporcionado y del resultado de mi examen.
- La prueba diagnosticada presuntiva es el examen de laboratorio que indica posible infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C y cuyo resultado en caso de ser reactivo, requiere confirmación por otro procedimiento de mayor especificidad denominado Prueba Diagnóstica Suplementaria mediante el cual se confirma la infección por el VIH.
- Para garantizar el derecho a mi intimidad, la información y datos que he dado en la consulta, el diagnóstico, y de toda la información que pertenezca a mi vida íntima y/o a mi orientación sexual, así como también el resultado de la prueba es de carácter confidencial y se utilizaran solo con fines sanitarios guardando mi identidad.
- He comprendido las medidas de protección que se deben tomar para evitar exponerme a la infección por VIH y/o Hepatitis B y/o Hepatitis C.

Anabell Romero

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL ASESOR Y SELLO

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Leidi V. Arquez Rincón, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [X] NO [ ]

Leidis Arquez.
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

co	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA		CODIGO: FSC-LAB
	SUBDIRECTORA CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION 1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	Página 1 de 1

FECHA: 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Sandra Mariaga, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informado de las medidas que se tomaran para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnostica de VIH y/o HEPATITS B Y C.

SI X NO_____

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE QUIN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Jakelin Julio Suarez., certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [X] NO [ ]

Yakelin
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Yajaira Ortiz Ricaurte, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [X] NO [ ]

Yajaira Ortiz
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA:**
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	**PAGINA 1 de 1**

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Wendy Gonzales Silva, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [x] NO [ ]

Wendy G
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Grace Carrillo Camacho, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [x] NO [ ]

FIRMA DEL PACIENTE

Cristina

FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA:**
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	**PAGINA 1 de 1**

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Dina Amaya Aroca, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [✓] NO [ ]

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Dayana Villegas., certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [x] NO [ ]

Dayana Villegas
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina Mendoza
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA**	**FECHA:**
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	**PAGINA 1 de 1**

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Luisa Berara Brito, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [✓] NO [ ]

Luisa Fernanda Barrera
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, María Perdomo Tellena, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [X] NO [ ]

María Perdomo
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Sandra Silva Cantillo, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [X] NO [ ]

Sandra Silva
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Ana milena Gonzalez Alape, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [J] NO [ ]

Milena Gonzalez
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Rosana Alvarez Rojas, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [x] NO [ ]

Rosana Alvarez
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina Leal.
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Rosbely Nogera Colina, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [✓] NO [ ]

Rosbely Nogera
FIRMA DEL PACIENTE

Cristian
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Bleidis Serrano Marquez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [X] NO [ ]

Bleidis Serrano
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Ana Milla Pena, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [X] NO [ ]

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Anabel Romero Lozando, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [x] NO [ ]

Anabell Romero
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Amor por la vida	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA	FECHA:
		CODIGO: FSC-LAB:
	SUBDIRECCIÓN CIENTIFICA LABORATORIO CLINICO	VERSION:1
	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PAGINA 1 de 1

FECHA 27-06-2024

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICA DE VIH Y/O HEPATITIS B Y C

Yo, Karen Robles Martinez, certifico que: he leído (o se me ha leído) el documento sobre consentimiento informado que contiene la información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos, y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría pre prueba (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confortarme con relación a mis conocimientos, prácticas y conductas) antes de realizarme las pruebas diagnósticas.

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

Entiendo que la toma de la muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen. Fui informada de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Acepto realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B Y C
SI [x] NO [ ]

Karen Robles Mtz
FIRMA DEL PACIENTE

Cristina
FIRMA DE QUIEN LO APLICA

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
E.S.E. HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024
DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

No.	NOMBRES	DOCUMENTO	PRUEBA REALIZADA			TOTAL
			VIH	HB	HC	
1	Leidi Arquez Rincón	1007819120	X	X	X	3
2	Jakelin Julio Suarez	1065638913	x	x	x	3
3	Yajaira Ortiz Ricaurte	1067717443	x	x	x	3
4	Wendi Gonzalez Silva	49607407	x	x	x	3
5	Grace Carrillo camacho	1067717515	x	x	x	3
6	Dina Amaya Aroca	1065812056	x	x	x	3
7	Dayana Villegas	1065570309	x	x	x	3
8	Luisa Barrera Brito	1003375725	x	x	x	3
9	María Perdomo Tellería	27558306	x	x	x	3
10	Sandra Silva Cantillo	1063954867	x	x	x	3
11	Sandra Marriaga Corzo	49772174	x			1
12	Ana Gonzalez Alape	1012389908	x			1
13	Rosana Alvarez Rojas	1007558602	x			1
14	Rusbely Noguera Colina	28039292	x			1
15	Bleidis Serrano Marquez	1065831325	x			1
16	Ana Milla Peña	16275313	x			1
17	Anabel Romero	25433112	x			1
18	Karen Robles Martinez	1003428585	x			1
TOTAL TAMIZAJES			18	10	10	38

"SECRETARIA LOCAL DE SALUD VALLEDUPAR"
PLA INTERVENCIONES COLECTIVAS -2024
LISTADO DE ASISTENCIA

ALDÍA EDUPAR

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER: ____ REUNION: ____ CAPACITACION: ____ OTRO: CUAL?: Jornada

NOMBRE DEL EVENTO: Tamizaje VIH - HB - HC

RESPONSABLE: ____ FECHA: 27-06-2024

LUGAR: Palacio Judicial

NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. 0-7 2. 8-12 3. 13-21 4. 22-45 5. 45-70 6. 71-90 7. 91-100	ETNIAS: 1. AFRO 2.INDIGENA 3. ROM 4. OTROS	VICTIMA: 1. DESPLAZADO 2. DESMOVILIZADO 3. MIGRANTE 4. OTROS	CONDICIONES: 1. CABEZA DE FAMILIA 2..PCD 3. CUIDADOR PCD 4. LACTANTE 5. GESTANTE	TELEFONO	REPRESENTACION	FIRMA
Leidi V. Arguet Rincon	1007819120	3	4	4	4	1.	PPL	xPatria	xLeidis Arguet.
Takelin Jaime Suarez	1065639913	3	4	4	4	1			xYakelin
Yajaira Ortiz Ricaurte	1067717443	3	4	4	1	1			xYajaira Ortiz.
Leidi Gonzalez Silva	49607407	3	4	4	4	1			xWendy G.
Grace Carrillo Camacho	1067717514	3	4	4	4	1			x
Dina L. Amaya Arcos	1065812006	3	4	4	1				x
Dayana L. Villegas	1065570309	3	4	4	1				x Gamarra.
Luisa Barros Soto	1003375755	3	4	4	4				x Fernanda Herrera
Maria Perdomo Tellería	27558306	3	4	4	3	1			x Perdomo
Sandra Silva Castillo	1063954867	3	4	4	1	1			x Sandra Silva
Sandra Manrique Cortes	49772174	3	5	4	4				x
Ana Gonzalez Alape	1012389908	3	4	4	4	1			x Milena Gonzalez
Rosana Alvarez Rojas	1007558604	3	4	4	4	1			x Rosana Alvarez
Rusbely Noguera Collina	28039292	3	4	4	4				x Rusbely Noguera.
Bleidis Serrano Marquez	1065831325	3	4	4	4	1			x Bleidis Serrano
Ana Milla Pena	162775313	3	4	4	4	1			x
Anabel Romero Tutalo	25473112	3	4	4	3	1			x Anabell Romero
Karen Robles Martinez	1003429587	3	4	4	4	1			x Karen Robles Mtz

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

COMUNICACIONES



