- No exigirse demasiado.
- Darse permisos. No pasa nada si tengo un mal día, no pasa nada si tengo pocas ganas de hablar

Se hizo claridad sobre la importancia de la familia y su entorno, en la estructura del ser, la gran influencia que tienen en el autoestima y fortalecimiento de las relaciones interpersonales, máxime si se reconoce que, actualmente están influenciadas por las Tecnologías de la Información y la Comunicación, lo que las ha globalizado y a la vez las ha propiciado el distanciamiento social y, en este sentido la familia constituye una base sólida sobre la cual se construye la estructura del ser. Sin embargo, también se reconoce que no hay una escuela de formación para la familia, esta se va construyendo en el trasegar de la vida como un sistema abierto que recibe y entrega elementos en retroalimentación permanente con la sociedad, al respecto se comparte el siguiente mensaje:



Se les comparte a los estudiantes información sobre el proyecto de vida : Es el plan que se propone desarrollar todo individuo en su vida durante cada etapa que va atravesando, por lo general, se construyendo desde muy niño, cuando se va identificando con algún arte, un deporte o una afición, recibir apoyo y estimulación por parte de la familia es indispensable para consolidar ese plan que se ha propuesto, sin embargo la persona misma es quien más debe aportar en la consecución de la meta propuesta.

No siempre va a ser posible llegar sin encontrar algún desafío que superar, por eso en indispensable creer en sí mismo para no permitir que ninguna circunstancia represente obstáculo, perseverar y avanzar con los ojos puestos en la meta.

En este momento se realizó una dinámica para ampliar este concepto, consistió en invitar a los asistentes a cerrar los ojos e imaginarse transcurridos 5 años más adelante en la vida y se planteó que se respondieran la pregunta…¿Dónde se visualiza? … Participaron algunos estudiantes, quienes manifestaron que se veían terminando una carrera universitaria o trabajando. Adicionalmente un padre de familia, quien manifestó que se visualiza amando cada vez más a cada uno de sus hijos.

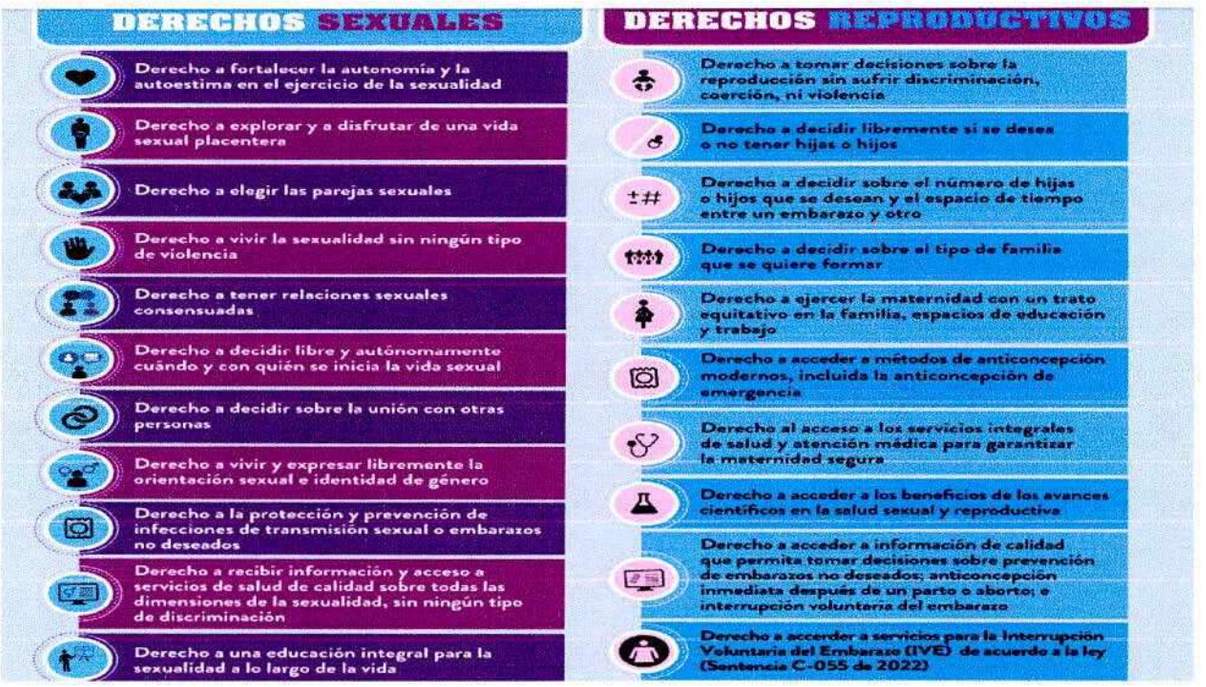
En consonancia con lo anterior, se resaltó que, las relaciones interpersonales deben estar mediadas por el respeto, la aceptación y valoración del otro, en dignidad, equidad y justicia; favoreciendo el ejercicio de los derechos, tanto a manera personal como también permitiendo que los demás tengan un ejercicio de éstos según su cosmovisión, comprendiendo que los actos de los demás deben ser respetados, siempre y cuando no atropellen o pongan en desventaja a nadie. En este sentido, se requiere comprender que la diversidad en la dimensión de la sexualidad es una realidad que debemos afrontar con tolerancia, dado que existen unos DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, mediante los cuales el estado colombiano busca garantizarlos.

Se aterriza el desarrollo de la socialización al tema principal los derechos sexuales y reproductivos: Es indispensable que todos conozcamos los DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DSDR, para poder

reflexionar sobre cómo estamos ejerciéndolos, cuáles hemos disfrutado y cuáles no, comprender que estos deben ser garantizados en todas las instituciones y por la sociedad en general, incluidos nosotros, que no debemos ser piedra de tropiezo, para que los demás miembros de la familia y la comunidad en general puedan tener un ejercicio pleno de ellos.

Estaremos sensibles ante las realidades diversas que enfrentamos como sociedad y seremos capaces de tener aceptación por las decisiones de los demás en el marco del ejercicio de los DSDR.

- Se explican uno a uno los DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DSDR (Se indica que si tienen una duda o desean que se les explique de forma mas clara del que tienen duda)

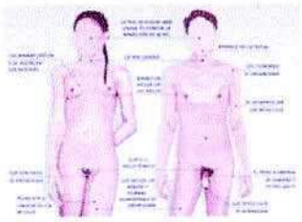


- Se indica mensaje grupal para que todos los asistentes, repliquen con los otros grupos :



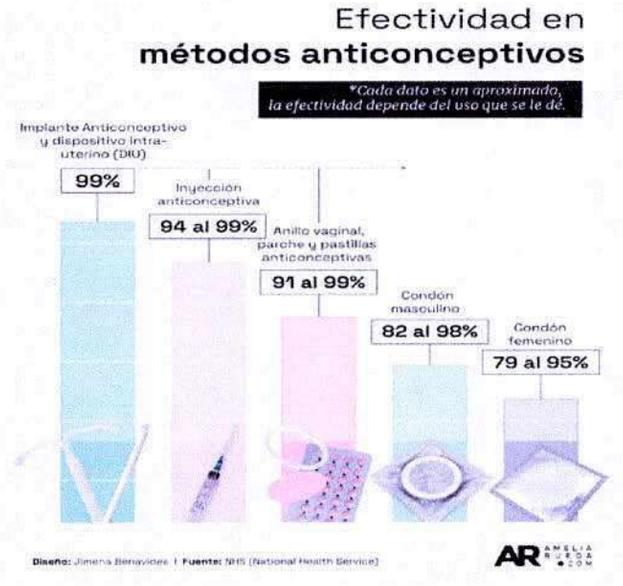
- Se menciona que desde la adolescencia el ser humano presenta cambios psicológicos, físicos, mentales, entre otros y que, a partir de Conocimiento, Dialogo, Familia, Escuela, Autocuidado, Responsabilidad.

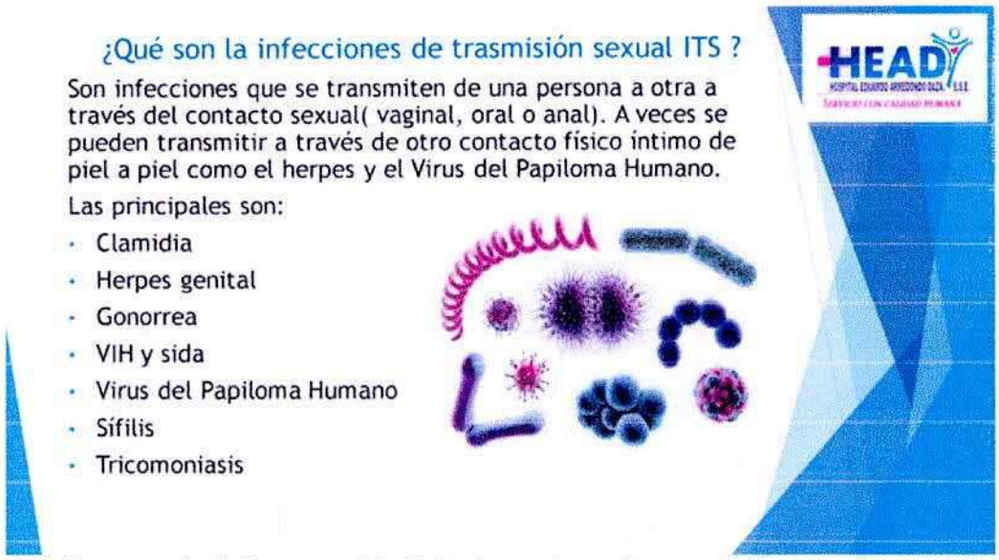
Cambios en los niños versus niñas



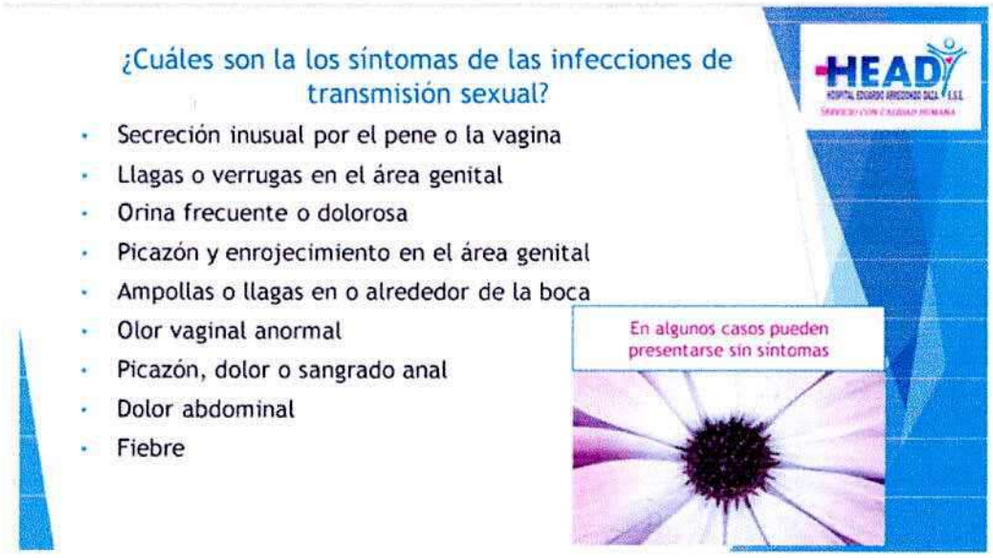
- Existen la consulta de orientación en anticoncepción o planificación familiar: por medio del cual un profesional de medicina o enfermera orienta acerca del uso de métodos anticonceptivos; de esa forma la usuaria puede elegir el método mas adecuado a sus necesidades.







: aborda además la importancia de la prevención de las inyecciones de transmisión sexual, se mencionan algunas y se hace énfasis en el uso del preservativo como método de prevención





Finalmente se realiza la actividad de cierre, denominada: STOP FAMILIAR, la cual consistió en que las madres, padres, cuidadores e hijos asistentes, deberían responder unas preguntas plasmadas en un formato, con la particularidad de que las respuestas dadas por la madre o el padre debes ser de la información del o la hijo(a) y viceversa, posteriormente se invitó a una pareja a compartir lo plasmado en el formato. El objetivo de esta dinámica fue identificar el grado de compenetración que existe entre padres e hijos en la cotidianidad familiar. La estructura del Stop es la siguiente:

STOP FAMILIAR								
Nombre completo	Cómo le dicen de cariño	Quién es su mejor amigo	Fecha de cumpleaños	Cual es su cantante favorito	Qué lo hace feliz	Qué lo entristece	Cuál es su actividad favorita	Cuál es su comida favorita

Participaron 2 parejas de familias voluntarias (Madres e hijas), acertaron todos los ítems, se les felicito delante de todos los asistentes y se les indico la importancia de conocer a todos los integrantes del hogar ya que de esa manera pueden entender, comprender en el momento que estén pasando por situaciones que generen alegría, tristeza, entre otros sentimientos.

Fue una actividad que genero agrado y mucho bienestar en cada uno de los asistentes, de esta manera manifestaron lo importante de estos espacios educativos, asistieron 106 asistentes entre estudiantes y padres de familia y/o cuidadores.

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA			ETNIA			VICTIMA			CONDICION			
VARIABLES	ADO	JUV	ADUL	AFRO	INDIG	OTROS	DESPL	MIGRAT	OTROS	CBZ DE F	LACTTE	PCD	OTROS
HOMBRE	30	6	1	1	1	30	8	4	20	0	0	0	37
MUJER	53	1	15	4	4	66	25	1	48	21	0	0	48
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	83	7	16	5	5	96	33	5	68	21	0	0	85

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

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?: _____
NOMBRE DEL EVENTO: Encuesta comunitaria
RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 24 - julio - 2014
LUGAR: I.E. Bello Horizonte

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6, VEJEZ (60 años en adelante)	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 Dayana Charris Leiva	1.065618174	2	3	4	4	—	3154869974	Estudiante	Evelin C.
2	Sharol daniana julio Orozco	1066876487	2	3	1	1	—	3002754898	Estudiante	Sharol J.
3	Edith Graciela Fosero M.	1065669053	2	3	1	1	—	3136828657	Estudiante	Edith
4	Mariana Sanjuanelo	1065850215	2	3	4	4	—	3136925004	Estudiante	Mariana
5	Sharol Barrios	1067189907	2	3	4	4	—	3176049353	Estudiante	Sharol
6	Sharoll Torres	1067877834	2	3	4	4	—	3015944787	Estudiante	
7	Lumberth Alvarez Bumbas	1066782395	1	3	4	4	—	3008539167	Estudiante	Lumberth A.
8	Gerson camilo Meneses Tilano	1066875377	1	3	4	1	—	3004073947	Estudiante	Gerson meneses
9	Carol Rodriguez	1065843389	2	3	4	4	—	3202421848	Estudiante	Carol
10	Daniela Isabel Marquez		2	3	4	4	—	3007672599	estudiante	Daniela
11	Yurian Alberto Arevalo Ferrer	1065629755	1	3	4	4	—		estudiante	
12	Alex David gamez		1	3	4	4	—	3147126913	estudiante	
13	Alejandro Tovar perez	1067870346	1	3	4	4	—	3146033823	Estudiante	Alejandro
14	Juan Carlos Suarez O.	1066065471	1	3	4	4	—	3005563487	Estudiante	
15	Lucifer Arango	1065038250	1	4	4	4	—	3156947315	Estudiante	
16	Cristina Isabel Mora	1066879446	2	3	4	4	—	3214543967	Estudiante	
17	Oviedo Puello Sara	1121539724	2	3	4	4	—	3117387789	Estudiante	
18	Tatiana Arias Villarón		2	3	2	4	—	3244183570	Estudiante	Tatiana A.
19	Valeria Isabel Dominguez M.		2	3	4	4	—	3246444373	Estudiante	Valeria D.
20	Lesly Yulieth [illegible] T		2	3	4	1	—	3116169379	estudiante	Lesly O.

*(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
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

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?: _____
NOMBRE DEL EVENTO: Encuesta comunitario
RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 24-07-2024
LUGAR: I. E. Bello Horizonte

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6, VEJEZ (60 años en adelante)	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	Daniela Maria Ortega Hoyos	1.066.880.725	2	3	4	4	—	3014731329	Estudiante	Daniela O.
2	Nikol D. Arias Bustraz	1.141.330.685	2	3	4	1	—	3028420442	Estudiante	Nikol A.
3	Sebastian C. de Avila F.	1.065633.695	1	3	4	4	—	3012886388	Estudiante	Sebastian
4	Jorge Alexander Lopez Arregoces	1066872763	2	3	4	4	—	3755224725	Estudiante	Jorge Lopez
5	Ana Maria Mora Mendoza	1083377744	2	3	4	4	—	3206765145	Estudiante	Ana Mora.
6	Jeanilleth Mendez Hernandez	31611789	2	3	4	3	—	3647600384	Estudiante	[illegible]
7	Yarelis Paola Chamorro Rat	1069034470	2	3	4	1	—	3042839860	Estudiante	Yarelis Chamorro
8	Yuranny Isabel Cañavera Garcia	1065624075	2	3	4	1	—	322-7625317	Estudiante	Yuranny Cañavera
9	Eva Sandrid Pabon S.	1066844940	2	3	4	1	—	3215384699	Estudiante	Eva Pabon
10	Nikol Silva Muñoz	1065620700	2	3	4	4	—	3052777348	Estudiante	Nikol Silva
11	Yayeli Acosta Bustillo	1066875857	2	3	4	1	—	3043801776	estudiante	Yayeli Acosta
12	Bertha marcela velasquez	1065618314	2	3	4	1	—	3012754225	estudiante	Bertha.
13	LUIS MIGUEL MANJARREZ	1128146708	1	3	4	4	—	3137299306	ESTUDIANTE	LUIS MIGUEL
14	MARIA MARTINEZ	1063593066	2	3	2	1	—	3247495868	ESTUDIANTE	Maria M
15	JEFFSON NAVARRO	1065609374	1	3	4	4	—	3216807951	ESTUDIANTE	JEFSON N
16	YORJAN MATEUS	1067607735	1	3	4	1	—	3197306421	Estudiante	[illegible]
17	Jose Armando Mejia Lopez	Nose	1	3	4	1	—	3183687205	Estudiante	Jose.
18	Sharick Garcia	1066884320	2	3	4	1	—	3043192491	Estudiante	Sharick.
19	Dalleana Perez	1065622334	2	3	4	1	—	3225345945	Estudiante	Dalleana.
20	Yeinis Paola Miranda Rios	1067606540	2	3	4	1	—	3127704724	Estudiante	Yeinis
	Andres Campo	1067609010	1	3	4	1	—	3225345945	Estudiante	Andres.

*(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
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAI

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

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?: encuentro
NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro Comunitario
RESPONSABLE: Encuentro comunitario P.I.C FECHA: 24 julio 2024
LUGAR: IE Bella Montaña

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6, VEJEZ (60 años en adelante)	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	Digna Orozco	49715911	2	5	4	1	1	3157707942	Ama de casa	Digna Orozco
2	Maria E. Cocuelero. OS.	49790807	2	5	4	1	1	3022121056	Saray silva	Maria E. S.
3	Julos Arias	1065567947	2	5	2	1	1	3132322959	JHOJANBRIOS	Julos A
4	Yaniris Escobar Ospino	1065565846	2	5	4	4	1	3122070064	YANIRIS E.	Yaniris Escobar
5	Edelmira Oñate Rivera	49.693647	2	5	1	4	1	3502260290	Yahira cabrera	Edelmira O
6	Maricla Caino D	49782958	2	5	4	4	1	3165383808	Aux Enfermeria	M Caino
7	Daniris bueluas	39 461271	2	5	4		4	3046689390	DANIRIS	Daniris
8	Idalides Rincon	1081788930	2	5	4	1	1	3016046553	Amadecasa	Idalides
9	teresito Solorzano	1065802834	2	5	4	1	1	3127702490	Ama de Casa	Teresita Solorzano
10	Rosalba Santiago C.	49741698	2	5	4	4	1	3103807172	Ama de casa	Rosalba S
11	Marilu Lara Marquez	1082881228	2	5	4	1	1	3005861710	Ama de casa	Marilu Lara
12	Sandra J Mendoza J. H.	1193515.076	2	5	1	1	1	3045707221	Ama de Casa	Sandra J Mendoza
13	Lilibeth contreras.	1062810182	2	5	1	1	1	3126438609	Amadecasa	Lilibeth C.M.
14	Freddy MEDINA	986.222.841	1	5	4	4	1	3042608304	Acudiente	
15	yuberlis Olano Escobar	1065631639	2	3	4		—	3122070064	Estudiante	yuberlis.
16	Andres Felipe Belen Perez	1066281808	1	3	4	4	[redacted]	3014379752	Estudiante	[redacted]
17	Juan manuel Rodriguez	1067866662	1	3	4	4	—	3203589136	Estudiante	
18	Whitheim Zelig Böhm Torres	1066284756	1	3	4	1, 3	—	3024315918	Estudiante	
19	Mauro Batello	1065623684	1	3	2	1	—	3233348883	Estudiante	Mauro Batello
20	Laura Valentina Garcia Guerra	1.065.808.744	2	3	4	1	—	3046658782	Estudiante	Laura

*(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
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

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

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION: X CAPACITACION: X OTRO: CUAL?: _____
NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro comunitario
RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 24 - 07 - 2024
LUGAR: I.E. Bello Horizonte-

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6, VEJEZ (60 años en adelante)	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	Oliver Daniel Mendoza Padilla		1	3	1	4	3204325433	3204325433	Estudiante	Oliver Mendoza
2	Maryuris Acuña Mendoza	1.081.918.877	2	3	4	1	—	3005949968	Estudiante	Maryuris A.M
3	Sara Noriega Arnet	1066285571	2	3	4	1	—	3003319580	Estudiante	Sara N. A.
4	Yudis Esther Cabarcas		3	3	4	4	—	3227625371	Estudiante	Yudis Cabarcas
5	Holmedis Torres	1127.594.020	1	3	4	1	—	3174244291	Estudiante	Holmedis T.
6	Sharith Pallares Gamez		2	3	4	1	—	3155462492	Estudiante	Sharith P.
7	Sarith Michel Hernández S.	1065809907	2	3	4	1	—	3127202490	Estudiante	Sarith H.
8	Laura Sofia Simanca De Angel	1090083582	2	3	4	1	—	3012990509	Estudiante	Laura Simanca
9	Keyes Daniela Orate		2	3	4	4	—	3015477194	Estudiante	Daniela
10	Juan Carlos Contreras H.	6728367	1	4	4	3	—	3116729470	Estudiante	juan
11	Yeraldo David Colina H.	5979599	1	4	4	3	—	3105256375	Estudiante	yeb
12	Vanessa Cardenas Quintero	1.067.601.921	2	3	4	4	—	3045831356	Estudiante	Vanessa C.
13	Angel Manuel Prieto Fernandez	1065676271	1	4	4	3	—	3217720795	[redacted]	Angel
14	Nayarith Cabrera Cañizares	1066873472	2	3	4	1	—	3007972877	Estudiante	Nayarith
15	Alexandra Manosalva Mckee	1067598783	2	4	4	4	—	3152268727	Estudiante	Alexandra
16	Stefany paola Barros Navarro	1067608470	2	3	4	4	—	3242457077	Estudiante	Stefany
17	Karoll Lizeth Padilla Sandoval	1065	2	3	4	4	—	3148543601	Estudiante	Karoll Padilla
18	Tatiana Marcela Centeno M.	1066	2	3			—	3026088044	Estudiante	Tatiana Ce.
19	Santiago Barranco Jaime	1062	1	3	4	4	—	3147025261	estudiante	Santiago
20	Alexander David Manosalva		1	3	4	4	—	3152268727	Estudiante	Alexander

*(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
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

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?: _____
NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro Comunitario
RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 24-07-2024
LUGAR: I.E. Bello Horizonte.

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6, VEJEZ (60 años en adelante)	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	Luisa Rodriguez Mendoza	1067606653	2	Adolecentes 3	4	1	—	3148723601	Estudiante	
2	Elias Blanco Dominguez	1066071177	1	3	4	4	—	3214053757	Estudiante	
3	Shairy Valeiche Pitre	1082372755	2	3	4	4	—	3215896391	Etudiante	
4	Daniel David Posada Cant	1.067605279	1	3	4	4	—	3044781863	Estudiante	
5	Keiner Javier Fontalvo Obregon	1065634477	1	3	4	4	—	3246775440	Estudiante	
6	Mariana Sofia Mezu Villarreal	1067608712	2	3	4	4	—	3107705256	Estudiante	
7	Juan Francisco Chiriño soto	1081916570	1	3	4	1	—	3004704414	Estudiante	
8	Jhon Gleider Guerrero	1067602884	1	3	4	1	—	3011094477	Estudiante	
9	Brathan David matute	1065607851	1	3	4	1	—	3233799651	Estudiante	
10	Reinel Centeno	LR977328	1	5	4	1	—	3026486681	Independiente	
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.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DÁZA, E.S.E.
SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:__ REUNION:X CAPACITACION:X OTRO: CUAL?: _____
NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro comunitario
RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 24- julio 2024
LUGAR: IE Bello Horizonte

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6, VEJEZ (60 años en adelante)	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	Laura Daniela De leon	1065673736	2	3: 16 años	4	1	1	3167824292	Estudiante.	Laura D.
2	Auren felipe noriega	1102823419.	1	3	4	1	1	3207336876	Estudiante	
3	Alexandra Montero	1066870301	2	3	2	1	1	3047115074	Estudiante	
4	Lina Rocio prent Simanca	1062805810	2	4	1	1	1	3023317935	Estudiante	Prent
5	Maria Jose Madero	1065593289	2	4	4	4	4	3007366662	Estudiante	Maria
6	Carlos Arturo Madero		1	4	4	4	1	3135466514	Estudiante	CARLOS A.
7	angel angel miranda de luca	1049482986	1	4	4	4	1	3135466514	estudiante	angel.
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPA

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

LISTADO DE ASISTENCIA

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

TIPO DE ACCION (MARQUE CON UNA X): TALLER:___ REUNION: X CAPACITACION: X OTRO: CUAL?: _____
NOMBRE DEL EVENTO: Encuentro comunitario
RESPONSABLE: P.F.C FECHA: 14 - 07 - 2024
LUGAR: I.E. Bello Horizonte

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6, VEJEZ (60 años en adelante)	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	Pedro Luis Rivera Estrada		1	Adolecensia.	4	4.	—	3113402170	Estudiante	Pedro.
2	Yalenis mercado gutierrez		2	Adolecensia	4	4	—	3042257857	estudiante	Yalenis
3	Lindys yiseth Caro Ramos	1066284499	2	Adolecensia.	4	4	—	3043431248	Estudiante	Lindys Caro.
4	Luna Carolina Yance Polencio	1065620278	2	3	4	4	—	3013384768	Estudiante	Luna Y.
5	Leonicio Garcia Mejia	1066	1	3	4	4	—	3147059793	Estudiante	—
6	Alex Enrique dominguez Daza	1065620175	1	3	4	4	—	3006565768	Estudiante	Alex dominguez
7	Adriana Perez	1065622324	2	3	4	4	—	3225245911	Estudiante	Adriana
8	Yeinis Miranda	1067606540	2	3	4	4	—	3172784774	Estudiante	Yeinis
9	Michell Campuzano	1062490874	2	3	4	4	—	3233185310	Estudiante	Michell
10										
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.

ACTIVIDAD

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 cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según resolución 3280 de 2018.

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES No. 1

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 cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según resolución 3280 de 2018."

ELABORADO POR
SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

DIRIGIDO A:
SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

PERIODO DE EJECUCION:
DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2024

PIC 2024

1. INTRODUCCION

El Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación con la Secretaría Local de Salud, en cumplimiento de las acciones previstas en el Plan De Intervenciones Colectivas - PIC vigencia 2024, en el Área sexualidad y derechos sexuales y reproductivos tiene previsto el desarrollo de varias actividades que buscan efectuar en entornos comunitarios y educativos de la ciudad la estrategia **""CUIDA TU SEXUALIDAD""**.

Estas intervenciones lúdicas y culturales en entorno comunitario se espera que los niños, niñas y adolescentes reconozcan sus derechos en el disfrute pleno de la sexualidad, la ausencia de violencia, coacción o abuso, el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva.

Se presenta en este informe la ejecución y resultados de estas actividades de gran impacto en la salud y el ambiente del municipio.

2. OBJETIVOS

Promover las capacidades y empoderamiento de las niñas, niños adolescentes, Jóvenes en los temas de derechos sexuales y reproductivos, prevención de la violencia sexual y de género, habilidades para la vida, que le permitan un desarrollo digno y sano, libre de violencias.

3. METODOLOGIA

- Definir estrategias de articulación y concertación con instituciones educativas, entidades y quien sea necesario para el desarrollo de las actividades en el entorno institucional.
- Realizar cronograma de ejecución de las actividades
- Ejecutar las actividades descritas en la ficha según cronograma definido
- Realizar el informe correspondiente al desarrollo de las actividades

4. PRODUCTOS Y ALCANCE

- Prevención de la Violencia sexual y de Género
- Prevención de Infecciones de Transmisión sexual.
- Autocuidado y DSR
- Disminución de los embarazos no deseados y el desarrollo pleno del proyecto de vida

INFORME DE EJECUCION DE ACTIVIDADES

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 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 cumplimiento con los aspectos técnicos de esta intervención según resolución 3280 de 2018."

1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD

Objetivo: Busca 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.
Además de promocionar de 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".**

Para el desarrollo de estas actividades fue necesario la realización de articulaciones con los actores involucrados así:

1. Reunión con lideres comunitarios, líder en salud, presidente de acción comunal, líder de Salud, líder de ICBF, Medico SSO, Inspector de policía, de los corregimientos seleccionados.
2. Reunión con EPS del municipio de Valledupar.
3. Reunión lideres en salud y lideres sociales de ICBF

Las jornadas están dirigidas a Comunidad en general con énfasis en mujeres gestantes lactantes y en edad fértil con o sin vida sexual activa.
Las jornadas estuvieron a cargo de Referente de DSSR Liliana Aguilar, Fisioterapeuta, Auxiliar de enfermería, personal médico, personal de higiene oral del HEAD

Durante el mes de julio se realizaron un total de 3 jornadas de la "RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE:

3 JORNADA: 4 DE JULIO 2024
HORA: 8:00AM
LUGAR: GUACOCHITO

Actividad a cargo de la Referente DSSR del HEAD, Liliana Aguilar Caro, en apoyo del auxiliar administrativo, Mailenys Espitia.
Se realizó contacto con los líderes, se contó con el apoyo de inspector de policía JULIO ROMERO, la presidenta del concejo comunitario de la población NARP, se hizo la solicitud a las EAPB para que hicieran presencia, de las cuales cajacopi se vinculó con una funcionaria, adicionalmente se contó con la presencia del equipo de la dimensión sexualidad DSDR, Dra., Delia Karina Meza Rojas y Dra. Ivón Gómez. Se recibió información por parte de la líder de salud del corregimiento, Lorena Chinchilla, que en el corregimiento había 3 mujeres en estado de gestación, de las cuales dos de ellas se encontraban asistiendo a control de manera regular y acudieron a la actividad; sin embargo una de ellas no asistió, motivo por el cual, el equipo de dimensión sexualidad de la secretaría local de salud, funcionarias arriba mencionadas se desplazaron hasta la vivienda e hicieron el abordaje de la usuaria y su esposo, los cuales manifestaron que ella se encontraba recibiendo atenciones por parte de la IPS Calidad médica, y que acudía periódicamente a estos, de acuerdo a la programación realizada desde la IPS, a lo cual manifestaron las funcionarias que harían el seguimiento respectivo.

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, para lo cual se entregó una infografía a cada asistente y se inició con la definición de la palabra ruta y la semántica de la misma en el marco de la Resolución 3280 de 2018.

Dirección: Carrera 20 No. 43 – 63

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS								
LUGAR:	HEAD SEDE SAN JOAQUIN			**FECHA**	21 de junio 2024		**HORA INICIO**	10:00 am	
							HORA FINAL	12:00 m	
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**		**CONCERTACION**	X	**CARACTERIZACION**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**				
TEMA:	Concertación de actividades en el marco de la estrategia CUIDA TU SEXUALIDAD de la actividad Ruta de la maternidad segura y saludable								
OBJETIVO:	Organizar la ejecución de las actividades proyectadas desde la estrategia cuida tu sexualidad en alianza con los líderes de los territorios priorizados de la zona rural del municipio de Valledupar generando la proyección de un cronograma								
POBLACIÓN OBJETIVO:	Líderes y lideresas de los territorios								

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En las instalaciones de la sede de la E.S.E. Hospital Eduardo Arredondo Daza, ubicada en el barrio san Joaquín de la comuna 6 del municipio de Valledupar, se adelanta gestión vía telefónica con los líderes de los diferentes territorios priorizados, con el objetivo de Socializar las acciones a desarrollar en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas del Municipio de Valledupar en la dimensión Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, proyectado desde la sectorial de salud, Cuya ejecución se encuentra a cargo de la ESE HEAD.

Durante el contacto telefónico se realizó la socialización de estrategia Cuida tu sexualidad, dentro de la cual se encuentra la actividad denominada "Ruta de la maternidad segura y saludable", esta tiene como 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.

El contacto telefónico buscaba principalmente involucrar a los diferentes actores con liderazgo natural y con reconocimiento por el colectivo que habita en el territorio en el desarrollo de la jornada, contar con su participación activa, haciendo presencia, difundiendo en comunidad y aportando recursos que pudieran ser útiles en aras ofrecer una intervención de calidad, con la contribución de la comunidad en general.

En este orden de ideas, las personas contactadas se describen en el cuadro anexo que describe su rol en el territorio, número telefónico y correo electrónico, este último, los que lo aportaron, a seguir:

TERRITORIO	FECHA	PERSONA	ROL	TELEFONO	CORREO
Guacochito	26 /06/2024	Lorena Chinchilla	Líder salud	3125623446	lorechinchia23@gmail.com
		Angie Mindiola	Líder Afro	3217721383	consejoarcillacardonytuna@gmail.com
		Julio Romero	Inspección policía	300 3990740	julioarmaromero@hotmail.com
		Luz Marina Guerra	Líder ICBF	3174180340	asoceguacocheguacochito24@gmail.com
Las Casitas	24 /06/2024	Fernando Oliveros	Líder Comunitario	311 6091374	Oliveros.fernando@hotmail.com
		Beleidis escobar	Madre ICBF	312 6786549	
		Orfelina Orozco	Líder ICBF	313 7544621	asociacionmixtoslasmanuelitas@outlook.com

Aguas Blancas	12/7/2024	Eneida Espinoza	Líder ICBF	301 7388484	asoc.hcfamiaguasblancas@gmail.com
		Yajaira Zapata	Presidente Comunal	323 4773640	Yajairaisabel0626@gmail.com
		María López	Médico SSO	313 4994344	mlopez83@unab.edu.co
		María Llerena	Líder Comunitaria	312 4217038	mariallerenarojano81@gmail.com
		Dario Segundo Marin Vega	Jefe APS	300 3388392	marinvegadariosegundo@gmail.com
		Dalma Ospino	Jefe APS	316 8443880	

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
Guacochito	4 julio	8:00 am	Frente al Centro de salud
Las Casitas	5 julio	8:00 am	Salón Comunal
Aguas Blancas	29 julio	8:00 am	Centro de Salud

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

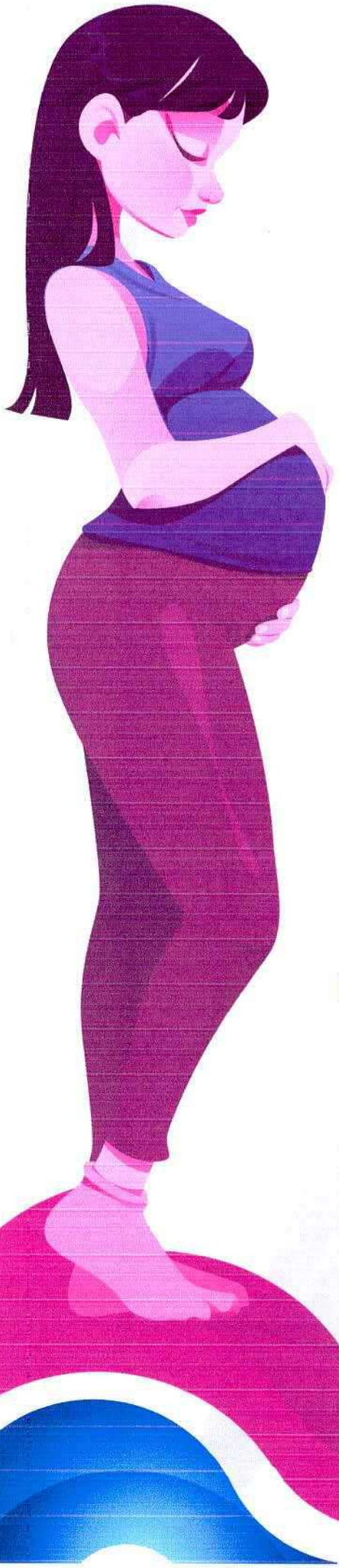
No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Diseño de banner publicitario	HEAD	Julio 2024
2	Convocatoria de mujeres gestantes y lactantes	Líderes contactados	Previo a la actividad
3.	Contactar unidad móvil para asistencia al evento	HEAD	24/6/2024

ANEXOS: **LISTADO DE ASISTENCIA**

NOMBRE	DOCUMENTO	CARGO	FIRMA
liana Aguilar Caro	49782995	Enfermera HEAD	

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

VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Beiro Cobos	49695200	



Ruta de la maternidad

Segura y Saludable

Vamos a estar presentes en el corregimiento de

Guacochito

Frente al centro de salud

Este 4 de julio de 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS										
LUGAR:	Corregimiento GUACOCHITO			**FECHA**	04/07/2024			**HORA INICIO**	8:00AM		
								HORA FINAL	12:00 AM		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**	X	**REUNIÓN**		**CONCERTACIÓN**		**CARACTERIZACIÓN**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**						
TEMA:	Socialización de la estrategia "RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".										
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.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Comunidad en general con énfasis en mujeres gestantes lactantes y en edad fértil con o sin vida sexual activa										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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 GUACOCHITO, 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. Actividad liderada por la Referente de DSDR Liliana Aguilar Caro, Mailenys Espitia, Auxiliar de Enfermería, PIC. 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.

De acuerdo a lo anterior, se realizó contacto con los líderes, se contó con el apoyo del inspector de policía JULIO ROMERO, la presidenta del concejo comunitario de la población NARP, se hizo la solicitud a las EAPB para que hicieran presencia, de las cuales cajacopi se vinculó con una funcionaria, adicionalmente se contó con la presencia del equipo de la dimensión sexualidad DSDR, dra, Delia Karina Meza Rojas y Dra. Ivón Gómez. Se recibió información por parte de la líder de salud del corregimiento, Lorena Chinchilla, que el corregimiento había 3 mujeres en estado de gestación, de las cuales dos de ellas se encontraban asistiendo a control de manera regular y acudieron a la actividad; sin embargo una de ellas no asistió, motivo por el cual, el equipo de dimensión sexualidad de la secretaría local de salud, funcionarias arriba mencionadas se desplazaron hasta la vivienda e hicieron el abordaje de la usuaria y su esposo, los cuales manifestaron que ella se encontraba recibiendo atenciones por parte de la IPS Calidad médica, y que acudía periódicamente a estos, de acuerdo a la programación realizada desde la IPS, a lo cual manifestaron las funcionarias que harían el seguimiento respectivo.

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, para lo cual se entregó una infografía a cada asistente y se inició con la definición de la palabra ruta y la semántica de la misma en el marco de la Resolución 3280 de 2018,

se continúa con el abordaje de la valoración preconcepcional, como intervención que representa el ingreso a la ruta, 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, 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 be 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. En este apartado, se comenta que es indispensable que la mujer que no desea embarazarse tiene derecho a acceder a métodos anticonceptivos por parte de su proveedor de salud, así mismo se socializa los métodos con que se cuenta en el Plan Obligatorio de Salud, a los cuales pueden acceder, en ese orden de ideas se muestra un kit que cuenta con métodos reales y se da claridad del mecanismo de acción de esos métodos.

Los socializados fueron:

1. Hormonales: Píldoras combinadas y de solo progestágeno, inyectables combinados y solo progestágeno de periodicidad mensual o trimestral, el implante subdérmico, el DIU hormonal y parches. Se hace especial énfasis en el método de emergencia o del día después, resaltando la importancia de que este se debe usar máximo una o dos veces al año, en caso de EMERGENCIA, se coloca como ejemplo, la ruptura de un preservativo durante las relaciones sexuales, un acto sexual en contexto de violencia, o una situación que ocurre de manera repentina y representa un riesgo de embarazo.

2. De barrera: Dispositivo Intrauterino y Preservativo masculino y femenino, en esta parte se demuestra la instalación del preservativo femenino con el uso de un modelo anatómico de vagina y se motiva a los asistentes, invitándolos para que participen en la instalación del preservativo masculino con la ayuda de un modelo anatómico de pene, a lo cual una madre asistente se vincula y realiza el procedimiento, de igual forma se hace entrega de preservativos a todos para que vayan siguiendo las indicaciones y tengan la posibilidad si así lo quisieran de hacer la postura con el modelo anatómico, fue un momento de mucha participación y atención por parte de los asistentes, cabe destacar que la participante era migrante venezolana, que habita el territorio hace aproximadamente dos años, manifestó que el manejo del preservativo fue aprendido en la jornada materna realizada allí en el territorio, desde la dimensión sexualidad DSDR el PIC vigencia 2023.

3. Quirúrgicos: Con la ayuda de imágenes y modelos anatómicos se muestra cual es el procedimiento re se realiza y cuál es la estructuras anatómica que se interviene en el hombre y la mujer, las trompas de Falopio y canal deferente respectivamente, se hizo claridad sobre las repercusiones en la salud del hombre y la mujer que decide optar por un método quirúrgico de anticoncepción, se desmitifican las intervenciones despejando dudas sobre los efectos que se tienen en el imaginario colectivo sobre los

efectos de estos métodos en la libido, y las relaciones sexuales posterior a su realización, entre otras cosas, además se motivó a las asistentes a ir creando conciencia en los hombres durante la crianza, dado qu ésta está en manos de las madres, para que vayan teniendo en cuenta la posibilidad de aportar al control natal mediante la ciruigía, luegode que su reproducción se encuentre satisfecha.

Se continúa con socialización de la intervención de atención en control prenatal donde se resalta la importancia del ingreso temprano, antes de las 10 semanas de gestación, para que se realicen todas las intervenciones establecidas en cada trimestre del embarazo, de manera que se pueda identificar de manera temprana cualquier alteración y por supuesto realizar las intervenciones a que haya lugar de acuerdo al caso

Se habla de la importancia de la valoración en odontología, dado que, se requiere que la boca se encuentre saludable de haber cualquier foco infeccioso en boca, puede generarse partos pretérminos y otras afectaciones en la salud de la madre y el feto, por ello, es indispensable cumplir con las citas odontológicas programadas.

Así mismo se aborda la importancia de la atención en psicología, manifestando el riesgo que las mujeres tienen durante el embarazo y Parto a presentar trastornos depresivos y es indispensable que un profesional de psicología identifique el riesgo y realice las intervenciones pertinentes para evitar afectaciones en la salud mental de la madre.

Se aborda también la valoración nutricional, la realización del curso de preparación para la maternidad y la paternidad y finalmente se aborda la atención del parto, que, de preferencia y, de no haber contraindicaciones o complicaciones de la madre o el feto, debe ser por vía vaginal en una institución de salud.

Se hace recuento de los signos de alarma para acudir de manera urgente a los servicios de salud como son:

- Sangrado a cualquier edad gestacional
- Vómito excesivo
- Zumbido de oídos
- Ardor en la boca del estomago
- Visión borrosa o con "cocuyitos"
- Dolor de cabeza muy intenso
- Hinchazón de piernas, manos o cara

Finalizado el momento educativo, se integra la población en una actividad lúdica con el uso de rompecabezas que contienen información sobre la anatomía reproductiva de hombres y mujeres, como complemento, se hace un acompañamiento y se refuerza lo socializado.

Posteriormente se realiza la intervención sobre actividad física durante el embarazo y el manejo del dolor y la respiración durante el trabajo de parto, se hace énfasis a las madres sobre el manejo de la mecánica corporal, y realiza una sesión de ejercicios para que ellas lo realicen de manera periódica en el hogar durante su gestación en aras de fortalecer los músculos y el manejo de la respiración para el momento del parto.

De manera alterna, el personal médico y de higiene oral realizaron las intervenciones en salud a la población asistente hasta agotar las solicitudes, tuvimos un total de 36 personas participantes en la actividad y se da por terminada la jornada de manera exitosa.

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 materniidad segura y saludable

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 4- julio. 2024

LUGAR: Guacoche

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	Yohana Ysabel Bustamante	5764554	2	4	4	3	1	3106515081	Ama de casa	Yohana.
2	Isabella Sofia Gonzalez	5884367	2	2	4	3	—	3106515081	estudiante	Isabella sofia Gonzalez
3	Jesus David Gonzalez	5881112	1	3	4	3	—	3106515081	Estudiante	Jesus Gonzalez
4	Yuleidis Leonor Romero Pereira	1062816410	2	4	1	1	4	3218797967	Estudiando.	Yuleidis Romero.
5	Sharlen Sofia Romero Romero	1067646644	2	1	1	1	—	3218797967	Hija	Yuleidis Romero.
6	Ana Rosa Rodriguez M.	31333353	2	9	4	3	5	3148547897	Estudiante	Ana Rodriguez
7	yamileth Mendez Lopez	1128536861	2	4	4	3	5	3206814810	Estudiante	yamileth Mendez
8	MARIA CAMILA PEREZ R.	1065841009	2	4	7	7	—	3103442401	Tecnica.	MARIA PEREZ
9	DIANA CAROLINA GOMEZ ROMERO	1022963825	2	4	1	1	—	3203348313	Ama de Casa	Diana C Gomez Romero.
10	Luisa y carlota Lora	1822198	2	4	4	3	4	3105749516	Ama de casa	Luisa y Carlota Lora
11	Grey Carolina Castilla Farelo	1065814173	2	4	7	4	4	3104414453	Ama de casa	Grey, Castilla
12	María chiquinquira Campos	5382632	2	4	4	4	1	3147857552	Ama de casa	María Campos
13	Yosneida Romero montiel	5158098	2	4	2	3	—	3147[illegible]	Ama de casa	Yosneida Romero
14	Yenire Romero montiel	4786898	2	4	2	3	—	3213[illegible]	Ama de casa	Yenire Romero
15	Ayra torres Cardenas	1004178709	2	4	1	1	—	3205852511	Ama de casa	Ayra Torres.
16	Belkin Torres Cardenas	1081917045	2	4	1	1	—	3116897602	Ama de casa.	Belkin Torres
17	Luz Marina Padilla	1067807844	2	5	7	4	1	3118[illegible]	Ama de casa.	Luz marina
18	ANAMIS JOSE GUEMA F	12647677	1	4	1	4	—	3145[illegible]	Trabajador de dios	ANAMIS GUEMA
19	Yuleidis Pava	49129550	2	5	4	4	7	312 214 6557	ama de casa	Yuleidis pava
20	Sara Rodriguez	1065652828	2	3	4	4	—	3176[illegible]	estudiante	Sara

*(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 maternidad segura y saludable

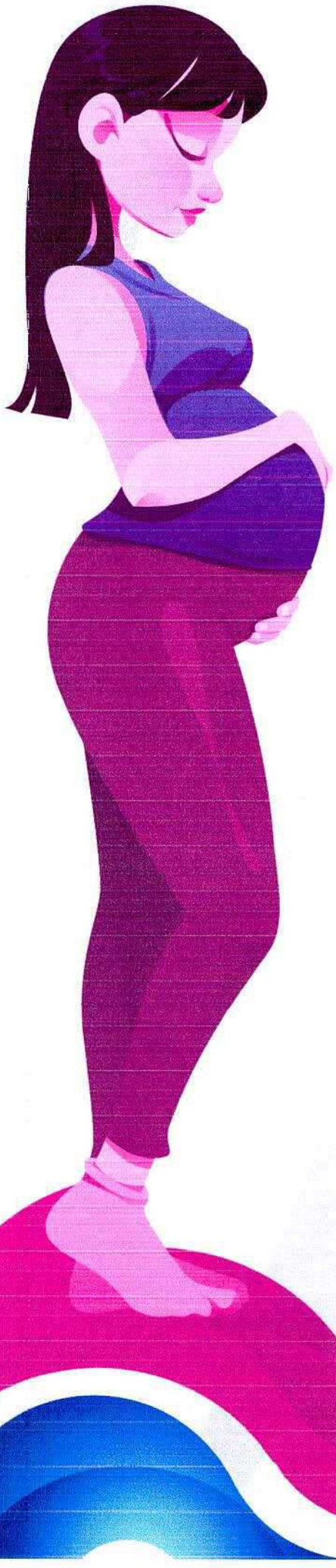
RESPONSABLE: P.I.C

FECHA: 4-julio-2024

LUGAR: Guacochito.

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	Rafael Rodriguez	1067593981	1	4	1	1	1	3126415561	Trabajador	Rafael rodriguez
2	Any. otero	1.127.658.541	2	4	4	3	-	3205102357	ama de casa	Any. otero
3	odolis Rondon	49737813	2	5	1	1	1	3205507560	Ama de casa	odolis Rondon
4	Pedro Pablo Romero	12435154	1	6	1	1	1	3105251827	desempleado	Pedro Pablo
5	Ernesto Chucho Romero.	12435924	1	5	1	1	1	3106654485	desempleado	Ernesto. Chucho.
6	Yesibel Urdaneta	32109244	2	3	2	4	-	3147136775	estudiante	yesibel urdaneta
7	Yoselin Estrada	7199629	2	4	2	3	1	3147136775	desempleado	Yoselin E.
8	Fabiola Estrada		2	3	2	3	1	3147136775	desempleado	Fabiola E.
9	Ramon Romero.	12435175.	1	6	4	3	1	3116598269	Agricultor.	Ramon Rom.
10	Brenda Barraza	1087885876	2	2	1	4	1	3206280	ama de casa	Brenda Barraza
11	Angie Melissa Mindiola Atencio	1065852244	2	4	1	1	1	3147113887	Ama de casa	Angie Melissa M.
12	Veronica Andrea Mindiola Atencio	1066867547	2	3	1	1	-	3145271679	Estudiante	Veronica M.
13	Julio Romero Cantillo	1119816476	1	4	4	4	1	3003990740	Instalador Polisa	JAR
14	Mileidis Romero Pereira	1067816469	2	4	1	1	-	3137791483	Ama de casa	Mileidis Romero.
15	Sirley Carolina Carrillo Padilla	1065821948	2	24	1	4	1	3113183278	Estudiante	Sirley Carrillo.
16	Cristina Carrillo Padilla	1-065 899 977	2	41	1	4	1	3234567852	Ama de casa	Cristina carrillo
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 de la maternidad

Segura y Saludable

Vamos a estar presentes en el corregimiento de

Las Casitas

Salón Comunal

Este 5 de julio de 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS				
LUGAR:	Corregimiento Las Casitas	**FECHA**	05/07/2024	**HORA INICIO**	8:00 AM
				HORA FINAL	12:00AM

TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**	X	**REUNIÓN**		**CONCERTACIÓN**		**CARACTERIZACIÓN**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**				

TEMA:	Socialización de la estrategia "RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".
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.
POBLACIÓN OBJETIVO:	Comunidad en general con énfasis en mujeres gestantes lactantes y en edad fértil con o sin vida sexual activa

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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 Las Casitas , 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, en el salón comunal 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 la comunidad y redes sociales.
Actividad liderada por la Referente de DSDR , Liliana Aguilar Y Mailenys Espitia, Auxiliar de Enfermeria PIC.

De acuerdo a lo anterior, se realizó contacto con los líderes, se contó con el apoyo del equipo Básico de S[illegible] de APS HEAD, liderado por la jefe Luz Kareli Guerra, de el líder social Fernando Olivero, líder ICBF B[illegible]s Escobar, 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 habían once (11) mujeres en estado de gestación, las cuales se encuentran en control y seguimiento, asistieron a la actividad todas ellas, llama la atención que una de ellas manifestó presentar inconvenientes con el documento de identidad, situación que fue socializada con el SAT del HEAD para apoyar en la gestión .

Se desarrolló la actividad brindando atención médica y de higiene oral como también realización de citologías a las asistente, en esta oportunidad estuvo presente gestión social y la oferta institucional de la alcaldía del municipio, lo que permitió realizar una atención integral, dada la gestión adelantada por el líder del territorio Fernando Oliveros. por parte de la dimensión SDSDR, 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 de la misma, se requiere atención por el talento humano en salud, 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. En este apartado, se comenta que indispensable que la mujer que no desea embarazarse tiene derecho a acceder a métodos anticonceptivos por parte de su proveedor de salud, así mismo se socializa los métodos con que se cuenta en el Plan Obligatorio de Salud, a los cuales pueden acceder, en ese orden de ideas se muestra haciendo uso de un kit que cuenta con métodos reales y se da claridad del mecanismo de acción de esos métodos.

Los socializados fueron:

1. Hormonales: Píldoras combinadas y de solo progestágeno, inyectables combinados y solo progestágeno de periodicidad mensual o trimestral, el DIU hormonal, Implante subdérmico y parches. Se hace especial énfasis en el método de emergencia o del día después, resaltando la importancia de que este se debe usar máximo una o dos veces al año, en caso de EMERGENCIA, se coloca como ejemplo, la ruptura de un preservativo durante las relaciones sexuales, un acto sexual en contexto de violencia, o una situación que ocurre de manera repentina y representa un riesgo de embarazo.

2. De barrera: Dispositivo Intrauterino y Preservativo masculino y femenino, en esta parte se integra a los asistentes y se invita a una madre para que participe en la instalación del preservativo masculino con la ayuda de un modelo anatómico de pene, sin embargo ninguna se vinculó, se hace entrega de preservativos a todos para que vayan siguiendo las indicaciones, mientras se hace la demostración y se dan las recomendaciones de conservación, se motiva para que tengan la posibilidad, si así lo quisieran, de hacer la postura con el modelo anatómico, fue un momento de mucha atención por parte de los asistentes.

3. Quirúrgicos: Con la ayuda de imágenes y modelos anatómicos se muestra cual es el procedimiento que se realiza y cuál es la estructuras anatómica que se interviene en el hombre y la mujer, las trompas de Falopio y canal deferente respectivamente, se hizo claridad sobre las repercusiones en la salud del hombre y la mujer que decide realizar un método quirúrgico de anticoncepción, se desmitifican las intervenciones despejando dudas sobre los efectos que se tienen en el imaginario colectivo sobre los efectos de estos métodos en la libido, y las relaciones sexuales posterior a su realización, entre otras cosas.

Se continúa con socialización de la intervención de atención en control prenatal donde se resalta la importancia de el ingreso temprano, antes de las 10 semanas de gestación, en aras de que se realicen todas

las intervenciones establecidas en cada trimestre del embarazo, de manera que se pueda identificar de manera temprana cualquier alteración y por supuesto realizar las intervenciones a que haya lugar de acuerdo al caso.

Se habla de la importancia de la valoración en odontología, dado que, se requiere que la boca se encuentre saludable de haber cualquier foco infeccioso en boca, puede generarse partos pretérminos y otras afectaciones en la salud de la madre y el feto, por ello, es indispensable cumplir con las citas odontológicas programadas.

Así mismo se aborda la importancia de la atención en psicología, manifestando el riesgo que las mujeres tienen durante el embarazo y Parto a presentar trastornos depresivos y es indispensable que un profesional de psicología identifique el riesgo y realice las intervenciones pertinentes para evitar afectaciones en la salud mental de la madre.

Se aborda también la valoración nutricional, la realización del curso de preparación para la maternidad y la paternidad y finalmente se aborda la atención del parto, que de preferencia y de no haber contraindicaciones o complicaciones, de la madre o el feto, debe ser por vía vaginal.

Se hace recuento de los signos de alarma para acudir de manera urgente a los servicios de salud como son:

- Sangrado a cualquier edad gestacional
- Vómito excesivo
- Zumbido de oídos
- Ardor en la boca del estomago
- Visión borrosa o con "cocuyitos"
- Dolor de cabeza muy intenso
- Hinchazón de piernas, manos o cara

Finalizado el momento educativo, se integra la población en una actividad lúdica con el uso de rompecabezas que contienen información sobre la anatomía reproductiva de hombres y mujeres, como complemento, se hace un acompañamiento y se refuerza lo socializado.

Posteriormente se realiza orientación a las madres en el manejo de la mecánica corporal, y se realiza una sesión de ejercicios para que ellas lo realicen de manera periódica en el hogar durante su gestación, en aras de fortalecer los músculos y el manejo de la respiración para el momento del parto.

De manera alterna, el personal médico y de higiene oral realizaron las intervenciones en salud a la población asistente, en el marco de la resolución 3280 de 2018, hasta agotar las solicitudes y se da por terminada la jornada de manera exitosa. Es de resaltar que se contó con 27 asistentes de los cuales 11 se encontraban en embarazo y 2 lactando.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

LUGAR: Corregimiento Las Casitas
FECHA:05/07/2024 HORA INICIO 8:00AM
HORA FINAL 12:00AM
"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".

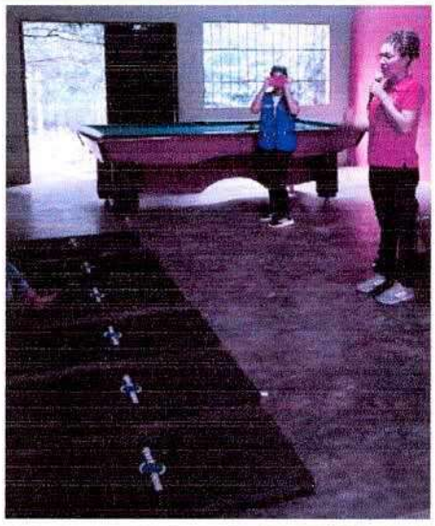












ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA



POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA			ETNIA			VICTIMA			CONDICION		
VARIABLES	ADO	JUV	ADUL	AFRO	INDIG	OTROS	DESPL	MIGRAT	OTROS	CBZ DE F	GES	LAC
HOMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUJER	0	12	15	10	2	15	7	2	18	14	11	2
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	12	15	10	2	15	7	2	18	14	11	2

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:	Liliana Aguilar Caro

VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Beris Coronado	49697200	

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: Maternidad segura y saludable

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 5 - julio - 2024

LUGAR: (e) Cesares

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	Luisa fernanda oliveros C.	1007573781	2	4	1	1	1	3011928253		* Luisa Oliveros
2	Yisbely Vaneza Gonzalez Conde	5916617	2	3	2	3	1	3012728868		* Yisbely Gonzalez
3	Yuleidis Lopez de la hoz.	1005837225	2	3	4	4	5	3118371392		* Yuleidis Lopez de la hoz.
4	Marioi Angelica Garces olivero	1062396925	2	3	1	4	5	3145418949		* Maria Garces.
5	Zuleima Paola Manga Mejia	1080670344	2	3.	4	1	1	No tiene		* Zuleima Manga.
6	Yisel Moreno Rodriguez	1067807440	2	4	4	1	5	3046129426		* Yisel Moreno
7	Diana Maria de Aguas Chamorro	1090423615	2	4	4	1	5	3233145080		* Diana de aguas
8	Rosa Maria Bencardes Palomino	1062804925	2	4	1	1	1	3117584149		* Rosa m Bencardes.
9	Fabiana Arzuaga Fayazo	1007588824	2	3.	4	1	5	3012770187		* Fabiana Arzuaga
10	Ruth Marina Bolivar	1067807159	2	3.	4	4	4	3042899177		* Ruth Bolivar
11	Clara Castillejo Paredes	1065842282	2	4	4	4	5	3103988022		* Clara Castillejo.
12	Maria Alejandra Ramos	1192905553	2	4.	4.	4.	5	3207648409		* Maria Ramos
13	Daniela Garces Ortiz	1062396949	2	4	4	4	5	3143928513		31439 * Daniela O.
14	Daniela Ramos Daza	1192905560	2	4	4	4	5	3226681835		* Daniela Ramos.
15	Lineidis Marin Ospino	1065626966	2	3	4	1	5	3015367170		* Lineidys marin
16	Elizabeth Garces. olivero	1067806916	2	3.	1	4	4	3146466043		* Elizabeth Garces
17	Maira Alejandra Rodriguez.	1067807133	2	3.	1	4	5	3169356189		* Mara Rodriguez
18	Karen Dayana Acuña Sanchez	1007182166	2	4	1	4	1	3173381197		* Karen Acuña
19	Dana Santos Medina	26989570	2	5	1	4	1	3135520607		* Dian Santos
20	Joana Gonzalez Gonzalez	66060062	2	4	2	3	1	3015591407		* Joana Gonzalez.

*(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: Lactancia segura y saludable

RESPONSABLE: P.I.C

LUGAR: Las casitas.

FECHA: 5 - julio - 2024

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	Deimis Padilla Ortiz	1067810173.	2.	3.	4.	4.	1	3009568665		Deimis Padilla Ortiz
2	Ana Veronica Acuña	1065858376	2	4	1	4	1	3117993253		Ana Veronica
3	Luisa Fabiola Ortega Fonseca.	1080011279	2	3	4	4	1	3147743300		Luisa Ortega
4	Yuleinis Rodriguez Salinas	1067812176	2	3	4	4	1	3207817286	salud	Yuleinis R
5	Gina Salinas Angel	1067810471	2	4	4	4	1	3207817286		Gina Salinas
6	Adline de la Luz Sierra	1065851017	2	4	1	4	1	3127948157		Adline de la Luz
7	Ana de la luz ortiz	44789643	2	5	1	4	1	3118378792	Ana Cristina	Ana de la luz ortiz
8										
9										
10										
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 de la maternidad

Segura y Saludable

Vamos a estar presentes
en el corregimiento de

Aguas Blancas

Frente al
centro de salud

Este 29 de julio de 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

HEAD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E.

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS				
LUGAR:	Corregimiento Aguas Blancas	**FECHA**	29/07/2024	**HORA INICIO**	8:00AM
				HORA FINAL	12:00AM

TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**	x	**REUNIÓN**		**CONCERTACIÓN**		**CARACTERIZACIÓN**		
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**				
TEMA:	Socialización de la estrategia "RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".								
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.								
POBLACIÓN OBJETIVO:	Comunidad en general con énfasis en mujeres gestantes lactantes y en edad fértil con o sin vida sexual activa								

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

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 Aguas Blancas, 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.
Actividad liderada por la Referente de DSDR , Liliana Aguilar Y Mailenys Espitia, Auxiliar de Enfermeria PIC.

De acuerdo a lo anterior, se realizó contacto con: presidente de acción comunal, líder de EBAS, Dalmaino y el jefe Dario Marín, líder de ICBF, Eneida Espinosa, Medico SSO, Inspector de policía, 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 hay un total de once (11) mujeres en estado de gestación, las cuales se encuentran en control y seguimiento, asistieron a la actividad. Adicionalmente hizo presencia una gestante proveniente de zona rural dispersa, afiliada a EPS Cajacopi, de la cual hubo representación en el evento y de inmediato gestionó valoraciones en la unidad de riesgo, adicionalmente se remitió a Valledupar para la realización de los exámenes de laboratorio y valoración médica en la ruta, en concertación con la líder de la ruta materno perinatal del HEAD. Las demás usuarias 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 C 055 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. En este apartado, se comenta que es indispensable e la mujer que no desea embarazarse tiene derecho a acceder a métodos anticonceptivos por parte de su proveedor de salud, así mismo se socializa los métodos con que se cuenta en el Plan Obligatorio de Salud, a los cuales pueden acceder, en ese orden de ideas se muestra haciendo uso de un kit que cuenta con métodos reales y se da claridad del mecanismo de acción de esos métodos.

Los socializados fueron:

1. Hormonales: Píldoras combinadas y de solo progestágeno, inyectables combinados y solo progestágeno de periodicidad mensual o trimestral, el DIU hormonal, el implante subdérmico y parches. Se hace especial énfasis en el método de emergencia o del día después, resaltando la importancia de que este se debe usar máximo una o dos veces al año, en caso de EMERGENCIA, se coloca como ejemplo, la ruptura de un preservativo durante las relaciones sexuales, un acto sexual en contexto de violencia, o una situación que ocurre de manera repentina y representa un riesgo de embarazo.

2. De barrera: Dispositivo Intrauterino y Preservativo masculino y femenino, en esta parte se integra a los asistentes y se invita a una madre para que participe en la instalación del preservativo masculino con la ayuda de un modelo anatómico de pene y de igual forma se hace entrega de preservativos a todos para que vayan siguiendo las indicaciones y tengan la posibilidad si así lo quisieran de hacer la postura con el modelo anatómico, fue un momento de mucha atención y participación por parte de los asistentes.

3. Quirúrgicos: Con la ayuda de imágenes y modelos anatómicos se muestra cual es el procedimiento re se realiza y cuál es la estructuras anatómica que se interviene en el hombre y la mujer, las trompas de Falopio y canal deferente respectivamente, se hizo claridad sobre las repercusiones en la salud del hombre y la mujer que decide realizar un método quirúrgico de anticoncepción, se desmitifican las intervenciones despejando dudas sobre los efectos que se tienen en el imaginario colectivo sobre los efectos de estos métodos en la libido, y las relaciones sexuales posterior a su realización, entre otras cosas.

Se continúa con socialización de la intervención de atención en control prenatal donde se resalta la importancia del ingreso temprano, antes de las 10 semanas de gestación, en aras de que se realicen todas las intervenciones establecidas en cada trimestre del embarazo, de manera que se pueda identificar de manera temprana cualquier alteración y por supuesto realizar las intervenciones a que haya lugar de acuerdo al caso

Se habla de la importancia de la valoración en odontología, dado que, se requiere que la boca se encuentre saludable de haber cualquier foco infeccioso en boca, puede generarse partos pretérminos y otras afectaciones en la salud de la madre y el feto, por ello, es indispensable cumplir con las citas odontológicas programadas.

Así mismo se aborda la importancia de la atención en psicología, manifestando el riesgo que las mujeres tienen durante el embarazo y Parto a presentar trastornos depresivos y es indispensable que un profesional de psicología identifique el riesgo y realice las intervenciones pertinentes para evitar afectaciones en la salud mental de la madre.

Se aborda también la valoración nutricional, la realización del curso de preparación para la maternidad y la paternidad y finalmente se aborda la atención del parto, que de preferencia y de no haber contraindicaciones o complicaciones, de la madre o el feto, debe ser por vía vaginal.

Se hace recuento de los signos de alarma para acudir de manera urgente a los servicios de salud como son:

- Sangrado a cualquier edad gestacional
- Vómito excesivo
- Zumbido de oídos
- Ardor en la boca del estomago
- Visión borrosa o con "cocuyitos"
- Dolor de cabeza muy intenso
- Hinchazón de piernas, manos o cara

Finalizado el momento educativo, se integra la población en una actividad lúdica con el uso de rompecabezas que contienen información sobre la anatomía reproductiva de hombres y mujeres, como complemento, se hace un acompañamiento y se refuerza lo socializado.

Posteriormente se realiza orientación a las madres en el manejo de la mecánica corporal, y se realiza una sesión de ejercicios para que ellas, posteriormente, lo practiquen de manera periódica en el hogar durante su gestación, en aras de fortalecer los músculos y el manejo de la respiración para el momento del parto.

De manera alterna, el personal médico, de enfermería y de higiene oral, realizaron las intervenciones en salud a población asistente, con un total de (37) asistentes se dio por terminada la jornada de manera exitosa.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

LUGAR: Corregimiento Aguas Blancas
FECHA: 29/07/2024 HORA INICIO 8:00AM
HORA FINAL 12:00AM
"RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE".













ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA			ETNIA			VICTIMA			CONDICION		
VARIABLES	ADO	JUV	ADUL	AFRO	INDIG	OTROS	DESPL	MIGRAT	OTROS	CBZ DE F	GES	LAC
HOMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MUJER	1	26	15	6	4	27	25	0	12	21	11	5
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	1	26	10	6	4	27	25	0	12	21	11	5

POBLACION IMPACTADA

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:	Liliana Aguilar Caro

VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Beto Córdoba	4969508	

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUP.

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

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 DE SALUD
NOMBRE DEL EVENTO: LILIANA RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE
RESPONSABLE: LILIANA AGUILAR FECHA: 29 JULIO 2024
LUGAR: AGUAS BLANCAS

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 días hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6, VEJEZ (60 años en adelante)	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	Lina marcela Perez Galvis	1063592201	2	4	4	4	5	3215419843	Ama casa	Lina Perez
2	Yureilis Fontalvo Movilla	1063954136	2	4	4	4	5	3009691388	ama casa	Yureilis
3	Ximena castro López	1119817-763	2	4	4	4	1	318 668 3602	Ama de casa	Ximena Castro
4	LAURA BANESA VERGS	1065203274	2	4	4	4	1	3206204745	Ama de casa	LAURA
5	KellYS paola mojica.	1067597155	2	4	4	4	5	3146252880	Ama de casa	KellYS
6	María Bermejo Gonzalez	1192169447.	2	4	4	4	5	3245888300	Ama de Casa	María B.
7	AIEN villa ACOSTA	1065870854	2	4	4	4	1	3157544467	Ama de CASA	AIEN V.
8	Julieth Villarreal Salcedo	1065640828	2	5	4	1	1	3224236612	Ama de casa	Julieth V.
9	Deisy Fontes Esp. Meza	1065619206	2	5	2	1	1	3043636123	Estudiante	Deisy Fo.
10	Sandi Bermejo Gonzalez	1065636557	2	5	4	1	5	3153823136	Ama de casa	SandiBerm.
11	Benit'n Mendoza Jaramillo	1003235264	2	4	1	1	1	3216649751	amadecasa	Benit'n M.
12	Kellys Madrid Hernandez	1.065877220	2	4	4	1	1	3243357017	amadecasa	KellysM.
13	Yilbeth escobar olivino	49782925	2	5	1	1	1	3006177320	Ama de cs.	Yilbeth
14	Yendiry soto Arevalo.	1118813471	2	4	1	1	5	3147023758	Ama de casa	Yendiry
15	Kelly de la vega soto	1119391785	2	4	1	1	1	3136638263	Ama de cs	Kelly.
16	Katir Perez Jaramillo	1063946344	2	4	4	1	5	3022110800	Ama de cs	Kati.
17	Leonor olivares Rubio	1080042423	2	4	1	1	1	3009696825	Ama de cs	Leonor.
18	YULISIS Evelin Perez Vera	1143441110	2	5	4	1	5	3046140948	Almacena	YulisPerez
19	Yasmis Garcia de avila	1148107714	2	4	4	1	4	3114329378	Ama de cs	Yasmis G.
20	Sunilda Montes Monsy	1003242682	2	4	4	1	4	3124579468	Ama de cs	Sunilda.

*(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
SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARÍA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

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 DE SALUD
NOMBRE DEL EVENTO: RUTA DE LA MATERNIDAD SEGURA Y SALUDABLE
RESPONSABLE: LILIANA AGUILAR FECHA: 29 JULIO 2024
LUGAR: AGUAS BLANCAS

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	SEXO Y GENERO 1. HOMBRE 2. MUJER 3. LGBTIQ+	EDAD: 1. PRIMERA INFANCIA (7 dias hasta 6 años 11 meses 29 días 2. INFANCIA (7 años hasta 11 años 11 meses 29 días) 3. ADOLESCENCIA (12 años hasta 17 años 11 meses 29 días 4. JUVENTUD (18 años hasta 29 años 11 meses 29 días) 5. ADULTEZ (30 años hasta 59 años 11 meses 29 días) 6, VEJEZ (60 años en adelante)	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	Jenifer Molino Contreras	1007124654	2	4	4	1	1	3128054942	Aom de cas	Jenifer.
2	Anyi Carmona de ono	1081792596	2	4	4	1	1	3094373347	Estudiante	Anyi
3	Daniel Michel Blanco N.	1065609653	2	3	4	1	1	3213389607	Estudiante	Daniel
4	Lorenis Martinez Pozo.	1063947758	2	4	4	1	4	3204883843	Aom de ca	Lorenis
5	Sindy Maria bermudez O	1128326448	2	5	4	4	5	3044043141	Ama de Casa	Sindy M B O
6	Estefania Barros Montalvo	1066816669	2	4	4	4	1	3147716523	Aom de casa	Estefania
7	Denis Maria Arebollo	1065827894	2	5	4	1	1	3246847372	Hogar de casa	Denis Arebollo
8	Nira Fernanda De angel	1065816889	2	5	4	1	1	3113789547	Nira de angel	Nira De angel
9	Luz Yanevis Arroa	1062598026	2	4	2	1	1	3017176618	Ama de casa	Luz Arroa
10	Katy olivo Contreras	1063972062	2	4	1	4	4	3023814402	Aom de cas	Katy
11	Carolina Simanca Rivera	1192812387	2	4	4	1	1	3002072111	Aom de ca	Carol.M
12	Mananlor Ospino	1066344231	2	4	4	1	1	3132670742	Aom de ca.	Mon. alv.
13	Shirleidis Sanchez Maestre	1010101588	2	4	1	1	1	3043266693	Ama de casa	Shirleidis
14	Mariagabriela Rivera	67227743	2	5	4	4	4	3225364955	Aom de cas	Mari G.
15	Elaine Gamez Bermudez	1065615457	2	5	2	1	1	3216652767	Aom de ca	Elaine
16	Jenifer Mejia Lopez	1067397153	2	4	4	1	5	3024069130	Aom de ca	Jenifer
17	Angela Maicol Maldonado	1065813209	2	4	2	4	5	3133943617	Aom de ca	Angela
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.

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 TRANSGÉNERO, PERSONAS EN SITUACIÓN DE PROSTITUCIÓN, USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES, HABITANTES DE CALLE.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. Servicio con calidad humana

ÁREA:	DIMENSIÓN SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS										
LUGAR:	COMEDOR TRES AVE MARÍAS			**FECHA**	4/07/2024			**HORA INICIO**	8:00 AM		
								HORA FINAL	12:00 AM		
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 comedor las tres avemarías 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 salud integral de atención a la población habitante de calle en articulación con la iglesia las tres aves marías, 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 comedor ubicado en la mencionada iglesia, en el día y la hora descritos en la presente acta.

Como es conocido, la situación de los habitantes de calle, aumenta la probabilidad de contaminación y complicaciones por patologías de transmisión sexual, dadas las condiciones y el modus vivendi de este grupo poblacional, este desafío para el territorio, debe convocar a los diferentes actores a integrarse en interacción desde los diferentes roles que desarrollan. En este sentido, en esta jornada se contó con la presencia de diferentes instancias de la administración municipal, como también la academia y por supuesto El hospital Eduardo Arredondo Daza llevó diversos servicios de salud, como vacunación, atención médica y por supuesto información en salud.

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 se evidenció algo de apatía e indiferencia en 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 por parte del profesional de psicología 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 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 17 personas habitantes de calle, a las que se le realizó tamizaje para VIH, tamizaje para Hepatitis B y tamizaje para Hepatitis C, para un total de 51 tamizajes a los 17 participantes de la jornada. Es de resaltar que no hubo pruebas positivas.

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.

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD** **FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

COMEDOR TRES AVE MARÍAS
FECHA: 4/07/2024 HORA INICIO 8:00 AM
HORA FINAL 12:00
Jornada de tamizaje





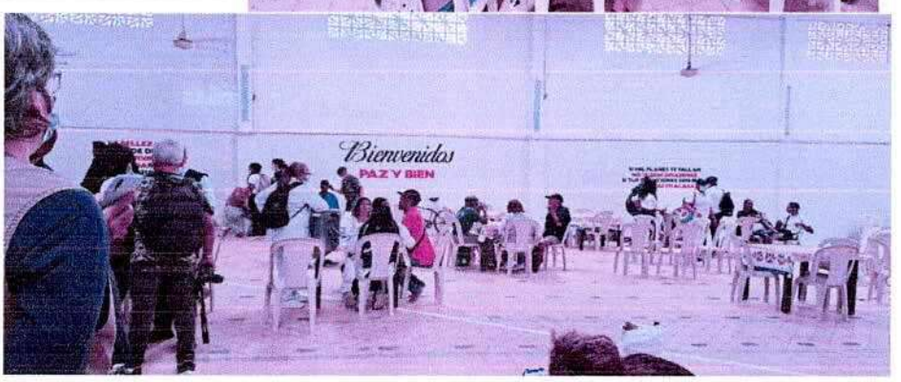







secsaludvup • Seguidos
secsaludvup
Hoy participamos activamente en una jornada de salud integral para la población habitantes de calle.
Ofrecimos servicios de salud oral y rehabilitación, pruebas de VIH, vacunación, atención médica general y servicio de peluquería, entre otros.
Como @alcaldiavpar seguimos construyendo un futuro más justo y equitativo para todos.
#CuidandoALosQueMasLoNecesitan
#SaludParaTodos #CompromisoSocial
#Secretaría
naillselenapertuz
156 Me gusta




Bienvenidos
PAZ Y BIEN

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	**SECRETARÍA LOCAL DE SALUD FORMATO DE ACTA**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

POBLACION IMPACTADA

	CURSO DE VIDA			ETNIA			VICTIMA			CONDICION		
VARIABLES	ADO	JUV	ADUL	AFRO	INDIG	OTROS	DESPL	MIGRAT	OTROS	CBZ DE F	GES	LAC
HOMBRE	0	5	7	0	0	12	2	2	8	0	0	0
MUJER	0	4	1	0	0	5	2	0	3	0	0	0
LGBTIQ+	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	9	8	0	0	17	4	2	11	0	0	0

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:	LILIANA AGUILAR CANO.

VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Beca Córdoba	49697708	

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?: Tamizaje.

NOMBRE DEL EVENTO: Realización de tamizaje, Pruebas VIH. Hepatitis B y C.

RESPONSABLE: P.I.C FECHA: 4 julio 2024

LUGAR: Comedor Iglesia 3 ave Marias.

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	Yolanis Cantillo	1066268256	2	4	4	1		3209732571		Yolanis Cantillo
2	Duvan Montaño	1065831362	1	4	4	1		3107259451		Duvan Montaño
3	Martha Pacheco	1065657543	2	4	4	1		3107259451		Martha Pacheco
4	Carlos A. Manjarrez	1065660050	1	4	4	4		3148927212		
5	Armando Montaño	77770421	1	5	4	4		No Aporta		
6	Jose A. Manjarrez	1031148259	1	5	4	4		3176553118		
7	Javier Gutierrez	20682493	1	5	4	3		No Aporta		Armando Montaño
8	Luis A. Varela	27357776	1	4	4	3		No Aporta.		
9	Sandra Cano Contreras	1003273314	2	4	4	4		No Aporta.		
10	Claudia P. Amaris	39462589	2	5	4	4		No Aporta.		Claudia Amaris.
11	Henry Hernandez Morales	7080925497	1	5	4	4		No Aporta		
12	Anstides Beales Guerra.	9093150	1	5	4	1		3126373347		
13	Yorleidis Payares Navaez	1065613580	2	4	4	4		3012350 17		
14	Jhon Jader Uribe Becerra	1067813846	1	4	4	4		3114284497		
15	David Enrique Mejia	77090334	1	5	4	4		3184599311		Yorleidis Payares
16	Emel Munive Ibarra	12545013	1	5	4	1		3113417988		
17	Darwin Duran Camarra	1065650241	1	4	4	4		No aporta.		Darwin Duran
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.

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: 4-julio-2024 9:25AM

Yo Claudia Patricia Amaris Barrios, identificado(a) con documento Numero 34462589 EPS: Coosalud 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.

+ Claudia Amaris

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: 4-Julio-2024 9:20 AM

Yo Sandra Milena Cano Contreras, identificado(a) con documento Numero 1003237314 EPS: C/copi 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

Gabriela Chaves M.

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: 4 julio-2024 9:15 AM

Yo Luis Alberto Varela Bracho, identificado(a) con documento Numero 77357116 EPS: migrante 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.

Luis Varela

FIRMA DEL PACIENTE

Gabriela Chagui.

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: 4 julio 2024 10:00AM

Yo Javier Gutierrez castro, identificado(a) con documento Numero 20682443 EPS: Migrante 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: 4 Julio 2024 9:10 AM

Yo José Antonio Manjarrez Nuñez, identificado(a) con documento Numero 1083148254 EPS: Cajacopi 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: 4/10-2024 9:00 AM

Yo Armando montaño mariano, identificado(a) con documento Numero 77120 92, EPS: Axmensalud 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.

Armando montaño

FIRMA DEL PACIENTE

Gabriela Charris.

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: 4/1/20-2024 9:00AM

Yo Carlos Alberto Manjarez Nuñez, identificado(a) con documento Numero 1065660050 EPS: C/CAPI 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: 4-julio-2024 8:45AM

Yo María Isabel Pacheco Erazo, identificado(a) con documento Numero 1065657593 EPS: Salud Total 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.

María Pacheco

FIRMA DEL PACIENTE 1065657593

Gabriela Charris M.

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: 4 JUNIO-2024 8:40AM

Yo Duvan Xavier Noriega Mendoza, identificado(a) con documento Numero 1065831362 EPS: nueva 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.

Duvan Noriega

FIRMA DEL PACIENTE

Gabriela Chaparro

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: _____

Yo Yadanis Karina Cantillo, identificado(a) con documento Numero 1066268256 EPS: Nueva 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.

Yadanis Cantillo

FIRMA DEL PACIENTE

Gabriela Chams

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: 4-Julio-2024

Yo Darwin José Duran Camarra, identificado(a) con documento Numero 1065650241 EPS: Cajacopi 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: 4-Julio-2024 10:30AM

Yo Emel Gregorio Munive Ibarra, identificado(a) con documento Numero 12595013 EPS: Coosalud 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

Gabriela Chacon.

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: 4 julio - 2024 10:15 AM

Yo Jhon Jader Uribe Becerra, identificado(a) con documento Numero 7067813846 EPS: Famisanar 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.

Jhon Uribe.

FIRMA DEL PACIENTE

Gabriela Charris A.

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: 4 julio-2024 10:15AM

Yo David Enrique Mejra, identificado(a) con documento Numero 77090339 EPS: Cajacopi 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: 4/10/10 - 2024 9:30 AM

Yo Henry Manuel Hernandez Morales, identificado(a) con documento Numero 1080425497 EPS: Mutualser 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

Gabriela Chavez M.

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: 4-julio-2024 9:40 AM

Yo x Aristides Reols Guerra, identificado(a) con documento Numero x 9093750 EPS: x·famisar 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: 4 julio-2024 9:50 AM

Yo Yorleidis Payares Narvaez, identificado(a) con documento Numero 1065613580 EPS: Cajacopi 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.

Yorleidis Payares

FIRMA DEL PACIENTE

Gabriela Chasaltt

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 SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, David Enrique Mejía, 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/o C

SI [X] NO [ ]

x _____

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: David enrique Mejía

C.C. No.: 77090339 de: Valledupar

Gabriela Chaves H.

Firma de quien realiza la asesoría

Nombre: Gina Gabriela Chaves H.

C.C. o Registro No.: 1065589162 de V/par

_____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, Gnel Gregorio Munive Ibarra, 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/o C

SI [X] NO [ ]

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Gnel Munive Ibarra

C.C. No.: 12.545013 de: Valledupar

Gabriela Chaves H.

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Ana Gabriela Chaves H.

C.C. o Registro No.: 1065589162 de: U/Dur.

Firma del médico a quien se autonza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, Darwin Jose Duran Gamarra, 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/o C

SI [ ] NO [ ]

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Darwin Duran Gamarra

C.C. No.: 1065650241 de: Valledupar

Gabriela Chaves H.

Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Ana Gabriela Chaves H.

C.C. ó Registro No.: 1065589162 de Valledupar

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, Henry Manuel Hernandez Morales, 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/o C

SI [X] NO [ ]

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Henry Hernandez Morales

C.C. No.: 1080925947 de: Valledupar

Gabriela Chavesth.

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Jeña Gabriela Chavesth.

C.C. o Registro No.: 1065589162 de: Upar

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, + Aristides Reales Guerra, 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/o C

SI [X] NO [ ]

+

Firma de quien da el consentimiento

Nombre + Aristides Reales

C.C. No.: + 9093150 de: + C/gena

Gabriela Chaves H.

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre Tna Gabriela Chaves H.

C.C. o Registro No.: 1065589162 de V/par.

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: ESC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo. Yorleidis Payares Narvaez, 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/o C

SI [X] NO [ ]

Yorleidis Payares

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Yorleidis Payares Narvaez

C.C. No.: 7065613580 de: valledupar.

Gabriela Chavez H.

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Tec. Gabriela Chavez H.

C.C. o Registro No.: 7065589162 de U/par.

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, + Ilvon Jader Arroyo Becerra..., 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/o C

SI [X] NO [ ]

+ Ilvon Jader

Firma de quien da el consentimiento

Nombre + Ilvon Jader Arroyo Becerra

C.C. No.: + 1.067813846 de: + Paz

Gabriela Chaves H.

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre Siña Gabriela Chaves H.

C.C. o Registro No.: 7065589162 de: U/par.

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo. Yovanis Karina Cantillo Patiño, 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/o C

SI [X] NO [ ]

Yovanis Cantillo
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Yovanis Karina Cantillo

C.C. No.: 1066268256 de: Valledupar

Gabriela Chaves H.
Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Juna Gabriela Chaves H.

C.C. o Registro No.: 1065589162 de Valledupar

Firma del médico a quien se autonza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: ESC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, *Duvan Elider Montaño Mendoza, 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/o C

SI [X] NO [ ]

*Duvan Montaño
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Duvan

C.C. No.: *1065831362 de: valledupar

Gabriela Chavez H.
Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Ena Gabriela Chavez H.

C.C. o Registro No.: 1065589162 de: valledupar

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, * Marta Isabel Pacheco Erazo, 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/o C

SI [X] NO [ ]

Marta Pacheco

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Marta Isabel Pacheco

C.C. No.: 1065 697 593 de: * Valledupar

Gabriela Chaves H.

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Ana Gabriela Chaves H.

C.C. o Registro No.: 1065589162 de: valledupar

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, Carlos Alberto Manjarrez Nuñez, 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 asesoria 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 asesoria y que según su compromiso recibiré una asesoria 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/o C

SI [X] NO [ ]



Firma de quien da el consentimiento

Nombre: _____

C.C. No.: _____ de: _____

Gabriela Chaves H

Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Lina Gabriela Chaves H.

C.C. o Registro No.: 1065589162 de U/par.

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, Armando Montero Manzano, 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/o C

SI [X] NO [ ]

Armando Montero
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Armando

C.C. No.: 7710 92 Vallecupar

Gabriela Chavez H.
Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Jena Gabriela Chavez H

C.C. o Registro No.: 1065589162 de U/par.

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA **SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN**	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, José Antonio Magarret Nuñez, 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/o C

SI [X] NO [ ]



Firma de quien da el consentimiento

Nombre: _____

C.C. No.: _____ de: _____

Gabriela Chaves H.

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Jena Gabriela Chaves H.

C.C. o Registro No.: 7065589162 de U/Par.

Firma del médico a quien se autonza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, Javier Gutierrez Castro., 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 asesoria 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 asesoria y que según su compromiso recibiré una asesoria 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/o C

SI [X] NO [ ]

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: Javier Gutierrez Castro

C.C. No.: 20682493 de: Venezuela

Gabriela Chaves H.

Firma de quien realizo la asesoria

Nombre: Lina Gabriela Chaves H.

C.C. o Registro No.: 7065589162 de: V/par.

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. o Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, • Luis Alberto Varela Bracho, 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/o C

SI [X] NO [ ]

• Luis Varela
Firma de quien da el consentimiento

Nombre: • Luis Alberto Varela Bracho

C.C. No.: • 27357116 de: • Venezuela

Gabriela Chaves H.
Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: Jena Gabriela Chaves H.

C.C. ó Registro No.: 1065589162 de: U/pur.

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA JUNIO 2015 CODIGO FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, Sandra Milena Cano Contreras, 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.



to realizarme la prueba presuntiva o diagnóstica de VIH y/o HEPATITIS B y/o C

SI [X] NO [ ]

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: _____

C.C. No.: _____ de: _____

Firma de quien realizo la asesoría

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO** HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA SUBDIRECCIÓN CIENTÍFICA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	FECHA: JUNIO 2015 CODIGO: FSC - PP - 005 PAGINA 1 DE 1

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

Yo, Claudia Patricia Amaris Barrios, 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/o C

SI [X] NO [ ]

Claudia. Amaris

Firma de quien da el consentimiento

Nombre: claudia patricia Amaris Barrios

C.C. No.: 39 962 589 de: Valledupar

Gabriela Chasseth.

Firma de quien realiza la asesoría

Nombre: Lina Gabriela Chasseth.

C.C. o Registro No.: 1065589182 de V/par.

Firma del médico a quien se autoriza el consentimiento informado

Nombre: _____

C.C. ó Registro No.: _____ de: _____

SECRETRARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

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 JULIO AL 31 DE JULIO DEL 2024

					ACTIVIDADES EJECUTADAS MES			EFECTIVIDAD DE EJECUCION		ACUMULADO DE EJECUCION			ACTIVIDADES POR EJECUTAR		
DIMENSIÓN PDSP	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	COMPPONENTE OPERATIVO	VALOR PROGRAMADO	CANTIDAD PROGRAMADA	No. DE ACTIVIDAD EJECUTADA MES	VALOR DE LA ACTIVIDAD MES	% DE EJECUCION MES	TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	VALOR TOTAL ACTIVIDADES APROBADAS	TOTAL ACTIVIDADES EJECUTADAS-Acumulado	VALOR TOTAL EJECUTADO - Acumulado	% DE EJECUCION ACUMULADO	No. DE ACTIVIDADES PENDEINTES	VALOR TOTAL POR EJECUTAR	% POR EJECUTAR
Vida saludable y enfermedades transmisibles	Realizar 12 sesiones de información en salud dirigida a los actores sociales comunitarios, sobre las ventajas, importancia, oportunidad y esquemas de vacunación entre otros temas a los siguientes grupos poblaciones en el área urbana, para que desde su compromiso como actor social aporten al aumento de las coberturas de vacunación: líderes comunitarios, religiosos, étnicos, ediles, juntas de acciones comunales, padres y madres de familia, adolescentes, profesores , COPACOS asociación de usuarios, madres comunitarias del ICBF y gestores de Prosperidad Social.	Plan de Intervenciones Colectivas - PIC	$ 12.000.000	12	1	$ 1.000.000,00	8%	1	$ 1.000.000,00	1	$ 1.000.000,00	8%	11	$ 11.000.000	92%
TOTAL						$ 1.000.000,00									

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

ELIANA PATRICIA APONTE HERNANDEZ
Supervisor PIC Vigencia 2024
Supervisor

BELKIS CORDOBA QUINTERO
Profesional - Apoyo coord. PIC 2024
Supervisor PIC Vigencia 2023

INFORME DE ACTIVIDADES No.00 1
VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLE INMUNOPREVENIBLE

SECRETARIA U OFICINA QUE GENERA LA NECESIDAD (RESPONSABLE DE LA ELABORACION DEL ESTUDIO PREVIO	SECRETARIA LOCAL DE SALUD
CONTRATISTA	ESE HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
NIT	824000725-0
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	NUMERO 423-SGR de 2024
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INTERADMINISTRATIVO	MIL CUATROCIENTOS SIETE MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y UN MIL NOVECIENTOS VEINTE PESOS **($ 1.407.741.920,00)** MCTE
OBJETO DEL CONTRATO	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.
PLAZO DEL CONTRATO	NUEVE (9) MESES
PERIODO REPORTADO	**1 DE JULIO AL 31 DE JULIODEL 2024**
DIMENSION	**ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**
VALOR ASIGNADO EN LA DIMENSION	$ 175.000.000 **CIENTO SETENTA Y CINCO MILLONES DE PESOS MCTE**

ACTIVIDAD A EJECUTAR	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD	ANEXO
1. Realizar 12 sesiones de información en salud dirigida a los actores sociales comunitarios, sobre las ventajas, importancia, oportunidad y esquemas de vacunación entre otros temas a los siguientes grupos poblaciones en el área urbana, para que desde su compromiso como actor social aporten al aumento de las coberturas de vacunación: líderes comunitarios, religiosos, étnicos, ediles, juntas de acciones comunales, padres y madres de familia, adolescentes, profesores , COPACOS asociación de usuarios, madres comunitarias del ICBF y gestores de Prosperidad Social.	información en salud sobre vacunación es una actividad dirigida a los actores sociales comunitarios, sobre las ventajas, importancia, oportunidad y esquemas de vacunación entre otros temas a los grupos poblaciones mencionados en el área urbana, para que desde su compromiso como actor social aporten al aumento de las coberturas de vacunación Para el desarrollo de esta actividad se realiza articulación el día 20/06/2024 con **el equipo prosperidad social** donde se concertó realizar convocatoria a las madres lideres del programa renta ciudadana. El día 9 de julio se realiza orientación en salud referente al programa de vacunación a 27	**Anexos** - Actas de concertación con referente de prosperidad social - informe técnico de actividades no. 001. - Registro fotográfico y fílmico. - Planilla de asistencia - Pre test - Metodología de intervención de cada orientación

	madres lideres beneficiarias del programa renta ciudadana - **GENERO:** Mujeres: 27 - - **MOMENTO CURSO DE VIDA:** Adolescentes: 1; Juventud: 10 Adultez: 16 - **ENFOQUE DIFERENCIAL.** Víctimas: 27; Indígena: 3; Otros: 24 - **CONDICON:** Cabeza de familia:27	

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 18 días del mes de septiembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Mercedes Gûette Referente Dimensión Enfermedades Transmisibles PIC 2024
Revisó: Belkis Cordoba Coordinador General del. PIC 2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR SALUD	*SECRETARIA LOCAL DE SALUD* *HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA* **PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC- 2024**	HEAD HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA. E.S.E. SERVICIO CON CALIDAD HUMANA

ÁREA:	VIDA SALUDABLE Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLE INMUNOPREVENIBLE										
LUGAR:	Oficina Prosperidad Social			**FECHA**	20/06/2024			**HORA INICIO**	9:30 a.m.		
								HORA FINAL	11:30 am		
TIPO DE ACTIVIDAD:	**JORNADAS**		**REUNION**	X	**CONCERTACION**		**CARACTERIZACION**				
	Reunión		**Capacitación**		**Otra/cual:**						
TEMA:	Concertación para el desarrollo de orientaciones sobre la importancia de mantener esquemas de vacunación completos para la edad, los riesgos de no contar con las vacunas al día de esquema nacional y tenencia del carnet										
OBJETIVO:	Promover un espacio de diálogo con referentes del programa renta ciudadana de prosperidad social presentar y socializar la estrategia "CUIDATE TU VACUNACIÓN". Esto permitirá facilitar el desarrollo operativo de las acciones planificadas, estableciendo compromisos conjuntos que garanticen el éxito de las actividades programadas.										
POBLACIÓN OBJETIVO:	Lideres administrativos del programa renta ciudadana de prosperidad social										

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD

En la ciudad de Valledupar, a las 9:30 a.m. del 20 de junio de 2024, se realizó una reunión entre Yelitza Aramendiz – Coordinadora de familia programa de Gestión Social, Marcelo Altahona- Representante renta ciudadana y Cristina Luqués- Coordinadora de Renta ciudadana y Mercedes Güette García, referente del Programa de Vacunación del Hospital Eduardo Arredondo Daza. El propósito de este encuentro fue concertar la implementación de secciones educativas dirigidas a las madres lideres del programa renta ciudadana, enfocándose en temas relevantes del programa de vacunación, entre los que se incluyen:

1. Ventajas de la vacunación.
2. Mitos y falsas creencias sobre la vacunación.
3. Cuidados adecuados después de la vacunación.
4. Canalización y demanda inducida al programa de vacunación.
5. Uso apropiado y tenencia del carné de vacunación.
6. Beneficios de la vacunación.
7. Inclusión y participación comunitaria en las estrategias del Programa Ampliado de Inmunización (PAI).
8. Importancia de las vacunas.
9. Esquema y momentos de vacunación.
10. Fortalecimiento en la detección y notificación de posibles casos de EAPV.
11. Cáncer de cuello uterino.

12. Vacunación segura.
13. Mantenimiento de la cadena de frío para las vacunas.
14. Importancia de la vacunación en adultos.
15. Proceso de elaboración de vacunas.
16. Mecanismo de acción de las vacunas en el sistema inmune.
17. Enfermedades inmunoprevenibles.
18. Sistema de información Paiweb.

La Coordinadora destacó que este proceso informativo surge de la necesidad que tiene el programa de vacunación de informar a la comunidad de la importancia de tener el esquema de vacunación al día teniendo en cuenta que las vacunas son una de las estrategias de salud publica que mas salva vidas en el mundo. Aprovechando que las madres lideres del programa renta ciudadana tiene cierta injerencia sobre las comunidades y que manejan cierto liderazgo sobre grupos priorizados por el programa del gobierno, se hace necesario que ellas tengan este conocimiento y puedan ser apoyo al programa en sus comunidades y además servir de entes articuladores en el desarrollo de las estrategias de vacunación en la comunidad.

Toma la palabra la Coordinadora de Renta Ciudadana Cristina Luqués quien indica que muchas de estas madres ya no están activas pues con el cambio del programa quedaron por fuera del beneficio pero que como bien su nombre lo indica ellas son lideres en sus comunidades y es excelente que ellas puedan aprender un poco mas sobre el programa para así difundir información

Toma la palabra el representante Marcelo Altahona quien indica que el beneficio de renta ciudadana a condicionado el pago correspondiente al mes de diciembre al cumplimiento del esquema de vacunación de los miembros del núcleo familiar por lo cual considera oportuno esta educación.

Al finalizar la reunión, ambas partes se mostraron dispuestas a articular acciones para educar a las madres lideres del programa sobre la relevancia de contar con un esquema de vacunación adecuado y la identificación de carné de vacunación incompleto según la edad.

COMPROMISOS

No.	Tarea/actividad	Responsable	Fecha de compromiso
1.	Realizar convocatoria a madres lideres para recibir la educación en salud	Equipo Renta Ciudadana	9 de julio 2024
2.	Facilitar el directorio de madres lideres	Equipo Renta Ciudadana	9 de julio 2024
3.	Apoyar en todas las actividades programadas desde gestión social que involucre la sectorial con la vacunación	Mercedes Gûette	Permanente

REGISTROS FOTOGRÁFICOS



ANEXOS:	LISTADO DE ASISTENCIA		
RESPONSABLE DEL DILIGENCIAMIENTO DEL ACTA	**Firma:**		
	Nombre:	MERCEDES GUETTE GARCIA	
VALIDADORES DEL ACTA	**NOMBRE**	**Número de Cédula**	**Firma**
	Marcelo Altahona	49790227	Marcelo Altahona

DIRECTORIO MADRES LIDERES RENTA CIUDADANA

Nombres y apellidos	Número de teléfono	Dirección y comuna	BARRIO
MARYURIS GARCIA GARCIA	3924169472	Call16a3#36bis116	José Antonio galán #4
JULIETH CARRILLO PACHECO	3183010695	Mariangola	
YONAETH ESTHER OROZCO GARCIA	3044521333	CALLE 71 KRA 28 #28-15	VILLA URIBE CHIRIQUI COMUNA 3
YONELYS ESPINOSA PEREZ	3046461241	carrera 27# 80-27	
IBETH FIGUEROA	3043787441	Manzana 50 casa 28	II etapa 450 años comuna 4b
LUCIDIA SARDO MOSCOTE	3126854410	Carrera 4a #25a-18	
SANDRA RODELO PERDOMO	3004534627	galan	
ANDREA VILLAZON	3165860145	Corregimiento del.jabo	
YURLEY ESTHER MARTINEZ GOMEZ	313 5730322	Mz 23 casa 13	Tierras prometidas
YOREIDIS OROZCO CARDENAS	3017459609	manzana 6 torre Q APTO 202	Nando MARIN
LINDA DEL CARMEN FARELO BERMUDE	3113698732	Corregimiento de guacochito	
YENIS PAOLA MOLINA MERCADO	3014939691	2	
DIANA PATRICIA MEJIA CENTENA	3146809619	calle 16c bis 36 - 32 comuna 4	
ORIANIS CORDOBA CATAÑO	3218663319	Corregimiento alto de la vuelta	
MARELEYNIS AVILA	3128186922	Mz 6 casa 17 comuna 3	el eden
VIRGINIA CECILIA HERRERA SOCARRA	3016199157	Manzanazcasa 469	nuevo milenio
DESLY FUENTES ESPINOZA	3043636123	Cll 7 # 9-30	Aguas Blancas
LUZ DARY ROMERO TIJERA	3004389446	Calle 3e 43 a 20	villa Yaneth
NELLYS ISABEL LOPEZ LARIOS	3045909856.	Calle 5 número 10,99	aguas blancas
AMPARO OSORIO VEGA	3013096670	Comuna 3 M6 C7	villa haidith
MARLENE OÑATE	3103516503	Los corazones	
WENDYS JOHANNA PRENS SARMIENTO	3215862841	Cra 19 - 38 40 San Martin comuna 3	
BETTY RAMÍREZ	3005978003	MZ 1 casa 38 barrio Rocio	
LENIS MARGARITA GARCIA ROSADO	3157745046	Cto Valencia de jesus	
ADA LUZ FONTALVO	3014719321	Calle 35 A # 3 -14 /	Barrio Los Mayales
SANDRA RODELO PERDOMO	3004534627	Comuna5	
KATIA MARGARITA RAMIREZ ARIAS	3043453475	Mz 29 apto 203 bloque	A Nando Marín
DIVIS ISABEL TORRES VILLAZÓN	3113859830	Guatapuri- cesaf	
ORFELINA MERCEDES CARRILLO	3116503579	Comuna 4	
IRIS RIVERA BELLO	3006633934	cra 44, N 5- 15 ,comuna ,5	la nevada
ILQIANA ALVARADO GARCÍA	3207889140	Mz O 🏠 339 comuna 3	nuevo milenio
ZULEIMA ZULAY BELEÑO AMOR	3007439045	MZ 5 casa 15	tierra prometida
BENNYS PÉREZ GUERRERO	3017405237	Calle 33 #5B+59 comuna 2	los mayales
SHIRLEY ANILLO HAMBURGER	3116062156	Mzfc21	san jerónimo
LADISCABANA	3146308885	La raice	
GEUDIS EDITH BARRIOS SERRANO	3135631506	Corregimiento de caracoli	
DORA LUZ RAMOS	3147260204	mariangola	
LEDYS MARIA BARBOSA PICON	3207402926	Mz 21 casa 40	populandia
YOLIS CARMONA	3012890459	Mb casa 16	futuro de los niños
JUANA IRIS ARIAS VILLAZÓN	3114128530	Ramalito (Resguardo kakuamo)	
DIANNE DE LA HOZ FUENTES	3162450882	Carrera 3#13-51	
AURENIS RODRÍGUEZ	3126894003	Atanquez cesar	
ELIDA CORREA MADRID	**314 212 0266**	Karrera 48 6 16	nevda
YULIANA RODRÍGUEZ MEJIA	3007979073	Vereda los calabazos	
IBENIS ANAYA MONTERO	3166721923	mz 3 casa 56	brisas de la popa
SANDRA FUENTES MAESTRE	3008611369	valledupar	
CARMEN ROCIO ESTRADA GARCIA	3014960874	ROCIO	
FABIANA GUTIERREZ	3184736471	badillo	
ALINA CORDOBA	3116737251	el perro	
ANA JOSEFA DE JIMENEZ	3014886153	tobias daza	
NAYIBIS VENERA OSPINO	3167126483	trvs 26 #16c-24	FUNDADORES
ALMA NAVARRO	3117388415	vereda las casitas	
CATALINA RODRIGUEZ DURAN	3107033806	calle 24#18e-37	1 de mayo
SARA GUERRA MENDOZA	3168029604	badillo	
LUCINIS ZAMBRZNO	3126125837	mz4 casa 1	9 de marzo
RUBIELA MUÑOZ	3006466727	torres de lorenzo morales	
IVON VANEGAS	3013798447	calle 46 #4a-16	

EVELINN CASTILLO	3017701462	san francisco de asis	
CARLOS NUÑEZ	3122001755	san francisco de asis	
LENIS GARCIA ROSADO	3157745046	valencia de jesus	
SOMAYA MARTINEZ	3106208768	trans 22 #17a 24	fundadores
YOSIRIS IBARRA	3212932331	trans 22 #17a 24	fundadores
ELAINE AGUDELO	3225971614	el jabo	
YOLANDA HERRERA	3004824266	mariangola	
BETTY FLOREZ	3135365175	aguas blancas	
CARMEN TOVAR	3126205194	calle 46 -35	
INES GUTIERREZ	3116702457	mariangola	
ANA PETRO	3006384544	torrre 13 apto 101	lorenzo morales etapa1
AYDA CONSUEGRA M	3006807988	calle7a #43-56	la nevada
SANDRA PATRICIA BAUTISTA LOAIZA	3014749457	calle 10 #9-16	altos de pimienta
DALILA GIL	310 5251780	paramo	

ALCALDIA 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: X CAPACITACION: ____ OTRO: CUAL?: ____

NOMBRE DEL EVENTO: Presentacion de estrategia cuidate Valledupar

RESPONSABLE: Mercedes Gvette Garces FECHA: 20-06-24

LUGAR: Oficina prosperidad Social

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	Laura Alonso Cao	1067171047	2	4	4	4		3215261	Prosperidad	
2	Marcela Altahona Palomino	19767762	1	4	4	4		3126257185	Prosperidad	
3	Cristina Ariza	49771414	2	5	2	4		3014960874	Gestion Social	
4	Yelitza Armenta Conrado	49770227	2	4	4	4		3054447884	Gestión Social	
5	Mercedes Gvette Garces	1129165470	2	4	4	1	VD	3186493392	HEAD	
6	Liceth Mendoza Arias	26946440	2	4	2	4	1	3116544488	Gestion Social	
7										
8										
9										
10										
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.

INFORME TECNICO DE ACTIVIDADES No. 001

12 sesiones de información en salud dirigida a los actores sociales comunitarios, sobre las ventajas, importancia, oportunidad y esquemas de vacunación entre otros temas a los siguientes grupos poblaciones en el área urbana, para que desde su compromiso como actor social aporten al aumento de las coberturas de vacunación: líderes comunitarios, religiosos, étnicos, ediles, juntas de acciones comunales, padres y madres de familia, adolescentes, profesores , COPACOS asociación de usuarios, madres comunitarias del ICBF y gestores de Prosperidad Social."

ELABORADO POR:
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

DIRIGIDO A:
SECRETARIA LOCAL DE SALUD DE VALLEDUPAR

PERIODO DE EJECUCION:
DEL 1 AL 30 DE JULIO DE 2024

PIC 2024

1. INTRODUCCION

El Hospital Eduardo Arredondo Daza en coordinación con la Secretaría Local de Salud, en cumplimiento de las acciones previstas en el Plan De Intervenciones Colectivas - PIC vigencia 2024, en el Área Enfermedades trasmisibles tiene previsto el desarrollo de12 sesiones de información en salud dirigida a los actores sociales comunitarios, sobre las ventajas, importancia, oportunidad y esquemas de vacunación entre otros temas a los siguientes grupos poblaciones en el área urbana, para que desde su compromiso como actor social aporten al aumento de las coberturas de vacunación: líderes comunitarios, religiosos, étnicos, ediles, juntas de acciones comunales, padres y madres de familia, adolescentes, profesores , COPACOS asociación de usuarios, madres comunitarias del ICBF y gestores de Prosperidad Social." Bajo la estrategia **"Cuida Tu Vacunación"**.

Estas intervenciones son de gran importancia para el mejoramiento de las coberturas de vacunación, empoderando a cada actor social para que lidere acciones para concientizar a la población que concentran sobre las ventajas de iniciar, continuar y completar el esquema de vacunación y sirva asi para prevenir problemáticas de salud pública por la aparición de enfermedades inmunoprevenibles; a continuación se presenta en este informe la ejecución y resultados de la ejecución parcial de estas actividades

2. OBJETIVOS

- Informar a la comunidad, a través de sus actores sociales, sobre las ventajas y la importancia de los esquemas de vacunación, los cuales constituyen la segunda estrategia de salud pública que más vidas ha salvado a nivel mundial, al prevenir la morbi-mortalidad asociada a enfermedades inmunoprevenibles.

3. METODOLOGIA

- Definir estrategias de articulación y concertación con los actores sociales que sea necesario para el desarrollo de las actividades.
- Realizar cronograma de ejecución de las actividades
- Ejecutar las actividades descritas en la ficha según cronograma definido
- Realizar el informe correspondiente al desarrollo de las actividades

4. PRODUCTOS Y ALCANCE

- Generar comportamientos saludables que contribuyan al cuidado y protección de la salud, eliminando mitos y falsas creencias sobre los biológicos que hace parte del esquema de vacunación en Colombia.

- Población sensibilizada sobre las ventajas de iniciar, continuar y completar los esquemas de vacunación, disminuyendo así la aparición de enfermedades inmunoprevenibles al disminuir los susceptibles.

5. EJECUCION

1. ACTIVIDAD GENERAL A EJECUTAR
Realizar 12 sesiones de información en salud dirigida a los actores sociales comunitarios, sobre las ventajas, importancia, oportunidad y esquemas de vacunación entre otros temas a los siguientes grupos poblaciones en el área urbana, para que desde su compromiso como actor social aporten al aumento de las coberturas de vacunación: líderes comunitarios, religiosos, étnicos, ediles, juntas de acciones comunales, padres y madres de familia, adolescentes, profesores , COPACOS asociación de usuarios, madres comunitarias del ICBF y gestores de Prosperidad Social
1.1. DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD
Para poder dar cumplimiento a la actividad de *"Realizar 12 sesiones de información en salud dirigida a los actores sociales comunitarios, sobre las ventajas, importancia, oportunidad y esquemas de vacunación entre otros temas a los siguientes grupos poblaciones en el área urbana, para que desde su compromiso como actor social aporten al aumento de las coberturas de vacunación: líderes comunitarios, religiosos, étnicos, ediles, juntas de acciones comunales, padres y madres de familia, adolescentes, profesores , COPACOS asociación de usuarios, madres comunitarias del ICBF y gestores de Prosperidad Social."* la ESE realzo articulaciones inicialmente con Prosperidad social de la siguiente manera: **ARTICULACION DE LA ACTIVIDAD:** El 20 de junio, la Secretaría de Salud, bajo la dirección de Laura Alonzo, organizó un encuentro destinado a reunir a los líderes de los distintos procesos a cargo de la oficina de Gestión Social del Municipio de Valledupar. El objetivo de esta reunión fue promover la educación y la sensibilización sobre la importancia de la vacunación, además de presentar la estrategia "CUIDATE TU VACUNACIÓN" a cargo de la Referente de vacunación de la ESE Hospital Eduardo Arredondo Daza. Mercedes Gûette, referente de vacunación, explica que la Estrategia Cuida tu Vacunación tiene como objetivo informar a la comunidad a través de diversos actores y líderes sociales sobre 18 temas relacionados con el programa de vacunación. La meta principal es concienciar a la población sobre la importancia de iniciar, continuar y completar los esquemas de vacunación a lo largo de toda la vida, así como de conservar el carnet de vacunación. Se espera que esta iniciativa impacte directamente en el aumento de las coberturas de los indicadores del programa, contribuyendo así a la disminución de la morbimortalidad por enfermedades prevenibles mediante vacunas. Durante este encuentro, se contó con la presencia de los líderes de Gestión Social, quienes representan aliados estratégicos dispuestos a colaborar en todo momento con las actividades del programa, orientadas al aumento de las coberturas de vacunación. Con este propósito, se ha programado una sesión de orientación dirigida a las madres líderes beneficiarias del programa Renta Ciudadana para el 9 de julio de 2024.

DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD:

Cumpliendo con los compromisos establecidos en el acta del 20 de junio, se inicia la ejecución de actividades mediante charlas informativas y participativa con 27 madres lideres del programa Renta Ciudadana en las instalaciones de prosperidad Social en el Centro de Desarrollo Vecinal CDV en donde la referente del programa de Vacunación se dirige a la Audiencia realizando de forma participativa y lúdica (de acuerdo a la planeación metodológica) educación en:

1. Ventajas de la vacunación.
2. Mitos y falsas creencias sobre la vacunación.
3. Cuidados adecuados después de la vacunación.
4. Canalización y demanda inducida al programa de vacunación.
5. Uso apropiado y tenencia del carné de vacunación.
6. Beneficios de la vacunación.
7. Inclusión y participación comunitaria en las estrategias del Programa Ampliado de Inmunización (PAI).
8. Importancia de las vacunas.
9. Esquema y momentos de vacunación.
10. Fortalecimiento en la detección y notificación de posibles casos de EAPV.
11. Cáncer de cuello uterino.
12. Vacunación segura.
13. Mantenimiento de la cadena de frío para las vacunas.
14. Importancia de la vacunación en adultos.
15. Proceso de elaboración de vacunas.
16. Mecanismo de acción de las vacunas en el sistema inmune.
17. Enfermedades inmunoprevenibles.
18. Sistema de información Paiweb

CARACTERIZACION DE LOS ASISTENTES:

Consolidado listado de asistencia 2024

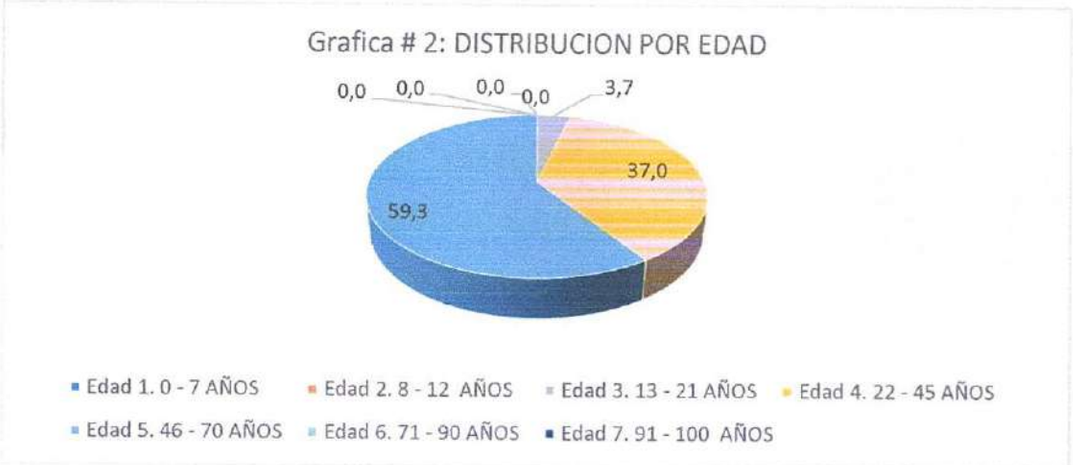
Sexo y Genero			Edad							Etnias				Victima				Condiciones				
1. hombre	2. mujer	3. Lgt	1. 0 - 7	2. 8 - 12	3. 13 - 21	4. 22 - 45	5. 46 - 70	6. 71 - 90	7. 91 - 100	1. Afro	2. indígena	3. rom	4. otros	1. Desplaz	2. Desmoviliza	3. Migrante	4. Otros	1. C de Familia	2. PCD	3. Cuidador PCD	4. Lactante	5. Gestante
0	27	0	0	0	1	10	16	0	0	0	3	0	24	27	0	0	0	27	0	0	0	0

Distribución por género:



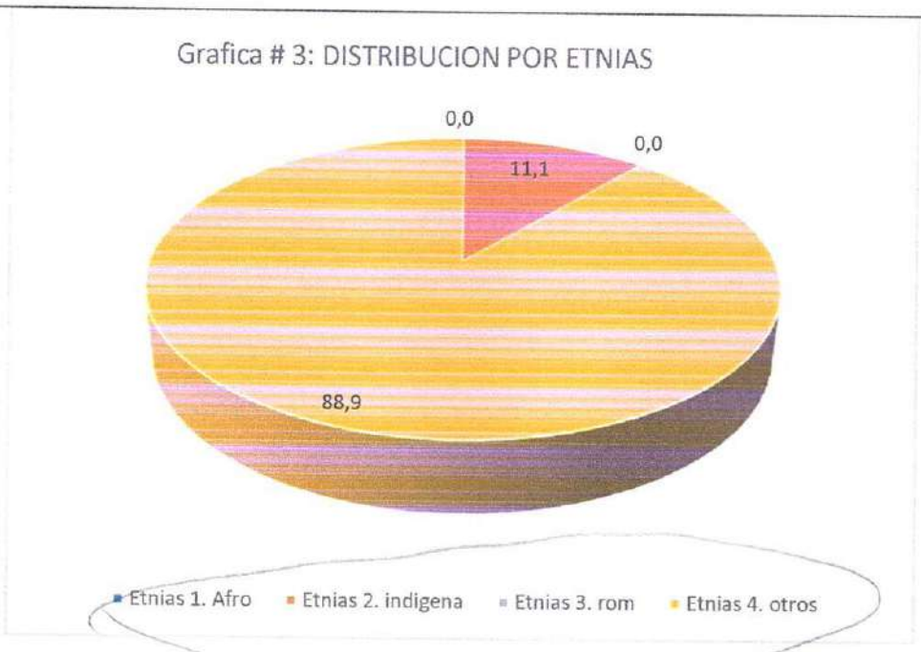
Se pide observar en la gráfica número 1 que el 100% de la población beneficiaria beneficiada con la estrategia informativa cuida tu vacunación corresponden a mujeres no hay asistentes que se identifiquen como hombres o como LGTBI

Distribución por edad:



De los usuarios beneficiada con la estrategia informativa cuida tu vacunación el 59.3% se encuentran entre 45 y 70 años; el 37% entre 22 y 45 años y el 3.7% de 13 a 21 años, considerando que la población beneficiada en su totalidad corresponde a adultos.

Distribución por etnias:



Es visible por la gráfica número 3 que el 88.9% de la población beneficiada con la estrategia informativa cuida tu vacunación no se identifica como miembro de las etnias anotadas y el 11.1% se identifica como indígena

Distribución de víctimas:



Del 100% de la población beneficiada con la estrategia informativa cuida tu vacunación se identifican como desplazados

Distribución por condición:



El 100% de la beneficiada con la estrategia informativa cuida tu vacunación se identifican como cabeza de familia.

ANALISIS DE PRETES:

Al analizar los conocimientos previos del grupo de beneficiadas con la estrategia informativa cuida tu vacunación se puede identificar en las 27 personas respondieron a las preguntas de la siguiente manera:

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?** Teniendo como respuesta las opciones A: SI y B: No



De las 27 personas informadas el 100% considera que las vacunas son seguras lo que favorece el logro del objetivo ya que lo que se espera es que estas personas sean multiplicadores de información recibida y si la información se considera importante es más fácil que logre expandirse

2. **Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO:** en donde la respuesta correcta era la C: Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas



Como se observa en la gráfica # 2 la respuesta más frecuente con 13 respuestas fue la E, lo que indica que no se tiene claro los cuidados Pos vacunales y por lo tanto es necesario reforzar en el próximo encuentro solo 11 personas indicaron las respuestas C

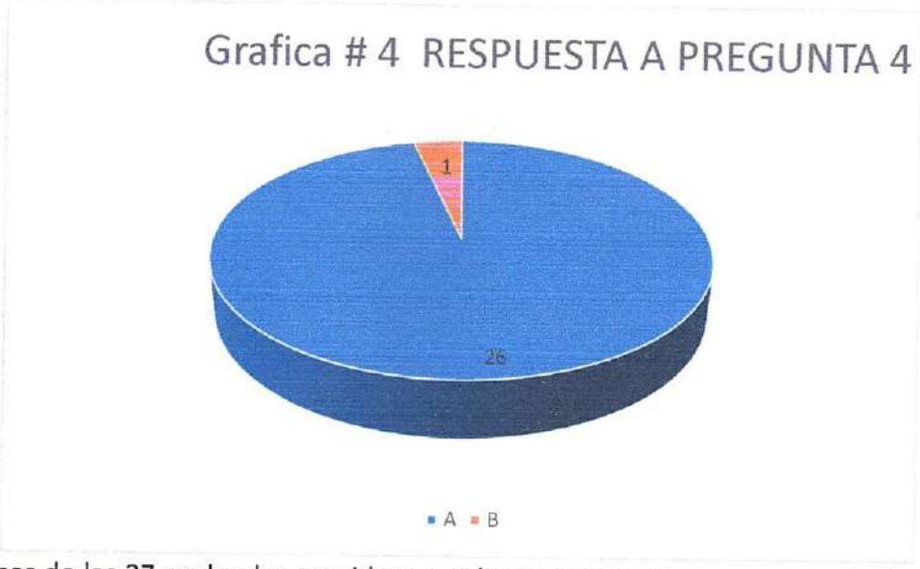
3. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?** RTA: B: Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años



Como se observa en la gráfica # 3 la respuesta más frecuente con 9 respuestas fue la correcta la B, pero es un porcentaje que representa menos del 50% de los encuestados lo que indica que no se

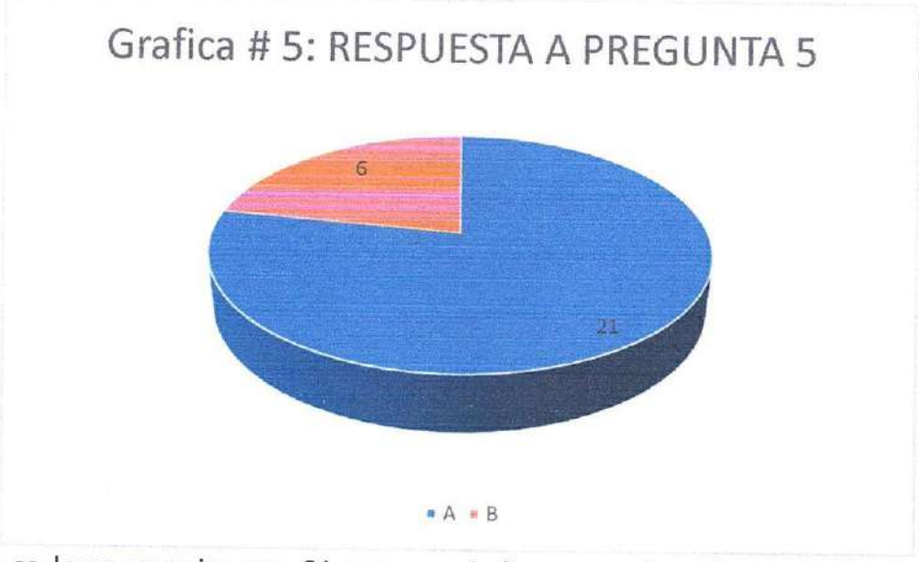
tiene claro en mayor proporción el nuevo esquema para el biológico de VPH en donde se incluyen niños de 9 años.

4. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos? RTA A:**SI y B: NO



26 personas de las 27 evaluadas considera que las vacunas son seguras y se sientes seguros al momento de aplicarle las vacunas a sus hijos

5. Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos. RTA A:SI y B:NO



En la gráfica se logra apreciar que 21 personas indican que si se cierto que las enfermedades inmunoprevenibles ya no existen y por lo tanto no es necesario vacunar a los niños y 6 considera que

esta afirmación no es verdadera lo que indica que los papas le están restando importancia a la aplicación del biológico ya que desconocen las estadísticas de las enfermedades inmunoprevenibles

Al finalizar la ejecución de la actividad se observa una gran participación de las lideres quienes se mostraron interesadas y participaron activamente durante el desarrollo de la actividad, el Pretest realizado se concluye que a pesar que los papitos creen que las vacunas son seguras consideran que ya no es necesario aplicárselas a sus hijos por la ausencia de las enfermedades que previenen, que no están familiarizados con la actualización del esquema de VPH el cual incluye niños de 9 años y que además al momento de la vacunación es necesario que el vacunador refuerce los cuidados Pos vacunales

1.2. REGISTROS FOTOGRAFICOS

Registro fotografico: Estrategia cuida tu vacunación / **Lugar:** Salón juntas Prosperidad Social CDV 9 de julio 2024





1.3. ANEXOS

Anexos totales de la actividad

- Actas de concertación con referente de prosperidad social
- Registro fotográfico y fílmico (Digital).
- Planilla de asistencia
- Pre test
- Metodología de intervención de la orientación

En constancia de lo anterior se firma en Valledupar, Cesar a los 18 días del mes de septiembre de 2024.

BELKIS CORDOBA QUINTERO
COORDINADORA PIC 2024

Proyectó: Mercedes Gùette Referente Dimensión Enfermedades Transmisibles PIC 2024
Revisó: Belkis Córdoba Coordinador General del. PIC 2024

SECRETARIA LOCAL DE SALUD
HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

			PREGUNTA 1		PREGUNTA 2					PREGUNTA 3				PREGUNTA 4		PREGUNTA 5	
CONSECUTIVO	NOMBRES Y APELLIDOS	CDI	A	B	A	B	C	D	E	A	B	C	D	A	B	A	B
1	AIDA CONSUELO MESIA	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1			1		1		1	
2	VALENTINA RODRIGUEZ	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1				1	1		1	
3	ROSARIO CARILLO	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1		1			1		1	
4	DANNA QUINTO CAMARILLO	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1				1	1		1	
5	SOMAYA MARTINEZ	PROSPERIDAD SOCIAL	1		1					1				1		1	
6	ARGENIDA CHINCHIA	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1			1		1		1	
7	AMANDA ZARDO	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1	1				1		1	
8	ILIANA ALVARADO	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1		1			1			1
9	YANETH OROZCO	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1	1				1		1	
10	AMPARO OSORIO	PROSPERIDAD SOCIAL	1				1			1				1		1	
11	MARIELIS AVILA ORTIZ	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1			1		1			1
12	SARA ELISA GUERRA	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1			1		1			1
13	MARIA RUBIELA NUÑEZ	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1				1	1		1	
14	KATIA MARGARITA RAMIREZ	PROSPERIDAD SOCIAL	1				1					1		1			1
15	YOLIS CARMONA	PROSPERIDAD SOCIAL	1				1					1		1		1	
16	LUZ MERY CALDERON	PROSPERIDAD SOCIAL	1			1						1		1		1	
17	YONELYS DEL CARMEN ESPINOZA	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1		1			1		1	
18	SANDRA BAUTISTA LOAIZA	PROSPERIDAD SOCIAL	1				1				1			1		1	
19	IBETH FIGUEROA SUAREZ	PROSPERIDAD SOCIAL	1				1			1				1			1
20	LUCINIS ZAMBRANO	PROSPERIDAD SOCIAL	1				1				1			1		1	
21	VIRGINIA HERRERA	PROSPERIDAD SOCIAL	1						1		1			1		1	
22	CARMEN ROCIO ESTRADA	PROSPERIDAD SOCIAL	1					1			1			1		1	
23	IVON YANETH VANEGAS	PROSPERIDAD SOCIAL	1				1				1			1		1	
24	CARMEN TOVAR	PROSPERIDAD SOCIAL	1				1				1				1	1	
25	DEDY FUENTES ESPINOZA	PROSPERIDAD SOCIAL	1				1			1				1			1
26	EDUVIGES MARTINEZ	PROSPERIDAD SOCIAL	1				1			1				1			1
27	ORFELINA CARRILLO	PROSPERIDAD SOCIAL	1				1					1		1		1	
TOTAL			27	0	1	1	11	1	13	7	9	8	3	26	1	20	7

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?: ____

NOMBRE DEL EVENTO: Socialización estrategia cuida tu Vacunación adultos Sociales

RESPONSABLE: Mercedes Güette García FECHA: 9-07-2024

LUGAR: Renta ciudadana cpv

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	Sonaya martinez	49763461	Femenino	54	4	Desplazado	1	3062087 68		Sonaya martinez
2	Argenita chinchia	63282655	Femeni	63	4	desplaz	1	3013311041		Argenita chinchia
3	Yonelys Espinosa Ruiz	44744881	F	44	4	Desplazada	1	3046461241	Madre lider	Yonelys Espinosa
4	Sandra P. Bautista Jaspe	26985475	F.	50	4	Desplazado	1	3047946	Madre li	Sandra P. Bautista
5	Virginia Herrera	1003240582	F	55	4	Desplazado	1	3046 49137	Madre lider	Virginia Herrera
6	Lucindo sevilla M	49754290	Femenino	44	4	Desplazado	1	3146854410	Madre lider	Lucindo sevilla
7	Liliana Alvarado	49761411	F	52	4	Desplaz	1	3207878	Madre lider	Liliana Alvarado
8	Yonneth Orozco	49694869	Femenino	51	4	Desplazado	1	3044521733	Madre lider	Yonneth Orozco
9	Amparo Osorio V	49778477	Femenina	50	4	Desplazada	1	3013096620	madre lider	Amparo Osorio
10	Carmen Tovar	31068850	F	52	4	Desplazado	1	3126205	Madre Lider	Carmen Tovar
11	Ivon Yaneth Vanegas	49796279	F	53	4	Victima	1	3013794	M Lider	Ivon Vanegas
12	Katia M. Ramirez	49796977	F	43	4	Desplazada	1	3043453425	Madre lider	Katia Ramirez
13	Marleynis Avila Ortiz	49716337	F	42	4	El adan	1	3128182	M Madre Lider	Marleynis Avila
14	WENDYS CALDERON	49996772	F	44	4	DESPLAZADO	1	3145258	MADRE LIDER	WENDYS CALDERON
15	Mayelis Avila Ortiz	49716335	F	42	4	Desplazado	1	3045	Madre lider	Mayelis Avila
16	Joeth figueroa Suarez	49795083	F	44	4	Desp	1		Madre Lider	Joeth figueroa
17	Sara enza Guerra	49767894	F	52	4	Despla	1		Madre Lider	Sara Guerra
18	Maria Rubiela Ortiz Tun	49661436	F	49	4	Desplazada	1		Madre lider	Rubiela
19	Aida Consuegra Mejia	49734396	F	56	4	Desplazada	1		Madre lider	Aida Consuegra
20	Carmen Rosa Estrada	49769185	F	50	4	Desplaz	1		Madre Lider	

2=20

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

ALCALDIA 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?: ____

NOMBRE DEL EVENTO: Socialización estrategia cuida tu vecindario - actores sociales

RESPONSABLE: Mercedes Guette Garcia FECHA: 9-7-2024

LUGAR: Ronda Ciudadana CDV

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	Betty Ruiz	49736456	F	45	4	Desplaza	1	3005978003	M. Lider	Betty Ruiz
2	Valentina Rodriguez	49736456	F	56	4	Desplaza	1	3107033D	M. Lider	
3	Yolis Carmona	49694869	F	51	4	Desplaza	1	3028904141	M Lider	
4	Jucelis Zambrano	49689382	F	62	4	Desplaza	1	3126985B	M. Lider	
5	Rosario Carrillo	49723302	F	40	Indigena	Desplaza	1	3145806961	M. Lider	
6	Dayana Quinto Carrillo	1003315280	F	21	indigena	Desplaza	1	3232932434	Lider M.	Dayana Quinto
7	Orfelina Carrillo	49766340	F	57	Indigena	Desplazada	1	3116503379	M Lider	Orfelina Carrillo
8										
9										
10										
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.

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Aida Consuelo Ustariz

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Valentina Rodriguez

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Rosario Guarrillo.

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. **Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO**
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Dana Quinto Camarillo

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. **Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO**
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: SOMAYA MARTINEZ

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. **Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO**
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE hay por y confia en los vacunas.

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE

¡Gracias por toda tu dedicación!



5

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: ARGENIDA CHINCHIA

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   (A) SI
   B. NO
   PORQUE: - Previene cualquier enfermedad y protege su bienestar

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
(E) Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
(C) Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

(A) SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

(A) SI
(B) NO
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: AMANDA SARDO

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI X
   B. NO
   PORQUE: Se deben aplicarlas es un deber para mantener sanos a nuestros hijos

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO

B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE si me siento segura

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE me siento segura al Aplicarselas si es neseria



¡Gracias por toda tu dedicación!

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: ELIANA ALVARADO

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

8

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: YANETH BROZCO

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   (A) SI
   B. NO
   PORQUE:

A. **Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO**
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
(E) Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

(A) Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

(A) SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

(A) SI
B. NO
PORQUE

¡Gracias por toda tu dedicación!



9

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: AMPARO OSORIO

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI X
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO Claro que existen
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

10

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: MARIELYS Avila ORTIZ

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI x
   B. NO
   PORQUE: para prevenir enfermedad

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
(E.) Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
(C.) Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

(A.) SI
B. NO
PORQUE Por el manejo que le dan

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
(B.) NO
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

11

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: SARA ELISA GUERRA

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   (A.) SI
   B. NO
   PORQUE: Protegen de los virus y enfermedades.

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
(E.) Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
(C.) Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

(A.) SI
B. NO
PORQUE previenen las enfermedades

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
(B.) NO
PORQUE son transmitidas por focos en el ambiente.

¡Gracias por toda tu dedicación!



12

Ayda Consuegra 3006807988

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: BIANA ELIZA GUERRA

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. **Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO**
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE



4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE

¡Gracias por toda tu dedicación!

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: María rubiela nuñez

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. **Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO**
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

14

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Katia Margarita Ramirez

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   (A) SI MP
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
(C.) Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
(C.) Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

(A.) SI
B. NO
PORQUE Estan certificados y aprovados.

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
(B.) NO
PORQUE es necesario Prevenir las enfermedades



¡Gracias por toda tu dedicación!

15

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Yolis Carmona

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   (A) SI
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

(A) SI
B. NO
PORQUE Si deber Vacunarlo

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE Si es nesesario Aplicarlo

¡Gracias por toda tu dedicación!



16

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: LUZMARYS CALDERON

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO

B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

17

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Yonelys del Carmen Espinosa Pérez

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   X A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

18

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Sandra P. Bautista Jooya

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

19

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Ibeth Figueroa Suarez

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   (A.) SI
   B. NO
   PORQUE: nos ayuda a prevenir o por lo menos disminuye los riesgos y consecuencias de enfermedades

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO

B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
(C) Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

(A) Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

(A) SI
B. NO
PORQUE se que son probadas y despues de muchos estudios son aprobadas.

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
(B) NO
PORQUE Si existen pero algunas enfermedades han mutado

¡Gracias por toda tu dedicación!



20

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Lucinis Fombrado

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI ✓
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI x
B. NO
PORQUE Si son Seguro y es bueno Aplicarla

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI x
B. NO
PORQUE
Si existe la enfermedades

¡Gracias por toda tu dedicación!



HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Virginia Herrera

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI X
   B. NO
   PORQUE: previene muchos enfermedades

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE



¡Gracias por toda tu dedicación!

22

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Carmen Rosa Estrada García

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. (SI)
   B. NO
   PORQUE:

2. **Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO**
   B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
   C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
   D. Reduzca la fiebre con agua fría.
   E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

3. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**
   A. Niños y niñas de 9 años
   (B.) Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
   C. Solo niñas de 9 a 17 años
   D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

4. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**
   A. (SI)
   B. NO
   PORQUE Ya ha pasado por mo

5. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**
   A. SI
   B. (NO)
   PORQUE = Las enfermedades siempre han existidas y siempre Vad. a seguirce aplicando para evitarla



¡Gracias por toda tu dedicación!

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Ivon yaneth Vanegas

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   X A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
X C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

X A. Niños y niñas de 9 años
X B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

X A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

X A. SI
B. NO
PORQUE Si existen y persisten por es... debemos seguir Vacunando

¡Gracias por toda tu dedicación!



24

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Carmen Tovar

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   A. SI
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
C. Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. SI
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
B. NO
PORQUE Si persisten por eso debemos vacunar



¡Gracias por toda tu dedicación!

25

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Dedy Fuentes Ospino

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   (A.) SI
   B. NO
   PORQUE: Este proceso permite reducir los indices de mortalidad frente a muchas enfermedades.

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO

B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
(C.) Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
D. Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

(A.) Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
C. Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

(A.) SI
B. NO
PORQUE Hasta el momento mi hija ha crecido sana.

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. SI
(B.) NO
PORQUE Diariamente los virus aparecen generando nuevas enfermedades

¡Gracias por toda tu dedicación!



24

HOSPITAL EDUARDO ARREDONDO DAZA
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC
2024

ALCALDÍA DE VALLEDUPAR

PRE-TES

NOMBRE Y APELLIDOS: Orfelina Camilo cc 49766340.
celular 3116503879

1. **¿Considera usted que las vacunas son seguras y que las debemos aplicas en toda la población para disminuir las enfermedades que ellas previenen disminuyendo así la mortalidad a causa de estas?**

   (A). SI
   B. NO
   PORQUE:

A. Cuando he vacunado a mi hijo debo tener unos cuidados posteriores al proceso de vacunación que incluye EXCEPTO
B. Aplicar paños húmedos y fríos sobre el sitio de aplicación
(C) Aplicar vick vaporub local en el sitio de punción por las próximas 12 horas
(D) Reduzca la fiebre con agua fría.
E. Ofrézcale líquidos con más frecuencia.

2. **Sabía usted que el esquema de vacunación incluye la vacuna del VPH que puede prevenir el cáncer de cuello uterino y es completamente gratis para unas edades especificas ¿A qué edad corresponde aplicar de forma gratuita esta vacuna?**

A. Niños y niñas de 9 años
B. Niños de 9 años y niñas de 9 a 17 años
(C) Solo niñas de 9 a 17 años
D. Solo niñas y niños sin vida sexual activa

3. **Las vacunas son fabricadas por laboratorios especializados y deben pasar varias pruebas de calidad antes de ser aplicadas garantizando que sea seguras ¿Se siente usted seguro al momento de aplicarle vacunas a sus hijos?**

A. (SI)
B. NO
PORQUE

4. **Cree usted que las enfermedades que previenen las vacunas ya no existen y que por eso no es necesario aplicarlas a nuestros hijos.**

A. ~~SI~~
B. NO
PORQUE claro que existen por eso es que es necesario colocar las vacunas



¡Gracias por toda tu dedicación!

27

PLANEACION METODOLOGICA

RESPONSABLE	LUGAR DE EJECUCION	NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	FECHA
MERCEDES GUETTE /ANYER ORJUELA/ BEATRIZ SIERRA	A convenir con cada actor	ESTRATEGIA "CUIDATE TU VACUNACIÓN" "Realizar 12 sesiones de información en salud dirigida a los actores sociales comunitarios, sobre las ventajas, importancia, oportunidad y esquemas de vacunación entre otros temas a los siguientes grupos poblaciones en el área urbana: líderes comunitarios, religiosos, étnicos, ediles, juntas de acciones comunales, padres y madres de familia, adolescentes, profesores, COPACOS asociación de usuarios, madres comunitarias del ICBF y gestores de Prosperidad Social.	Por concertar

LOGROS:

- Fortalecer y garantizar el derecho de población a vivir libre de enfermedades transmisibles en todas las etapas del ciclo de vida, con enfoque diferencial y de equidad, mediante la transformación positiva de situaciones y condiciones endémicas, epidémicas, emergentes, reemergentes.
- Orientar hacia los servicios de salud para que reciban de manera oportuna la vacunación de acuerdo con su edad. Impactando de manera individual y colectiva en la salud pública del Municipio de Valledupar
- Fortalecer el conocimiento promoviendo la estrategia "CUÍDATE TU VACUNACIÓN" mediante charlas encaminadas en las enfermedades transmisibles.

CONTENIDO:	RECURSOS:
1. Presentación del equipo 2. Palabras de bienvenida 3. Realización de Pre Test antes de presentar las temáticas. 4. Desarrollo de la actividad lúdica educativa sobre la estrategia "CUIDATE TU VACUNACION" 5. Conclusiones del tema 6. Aplicación del Post Test. 7. Registro fotografico	➢ 1 pendón por institución ➢ 200 lista de asistencia ➢ 1000 pretest ➢ 1000 post test ➢ 5000 abanicos ➢ 4 asistentes de Logística ➢ Sonido

8. Cierre	

ESTRATEGIAS DIDACTICAS:

- ✓ Previo al desarrollo de las actividades de información en salud desarrolladas en la estrategia "CUIDATE TU VACUNACION", se realizará concertación con los lideres de cada actor priorizado para así lograr articular las y garantizar una mayor asistencia y poder lograr el objetivo.
- ✓ Se inicio la actividad con la presentación del equipo de la estrategia "CUIDATE TU VACUNACION", entorno educativo saludable, seguido se dará la participación a las autoridades competentes por cada actor, agradeciendo a los asistentes por su partición y disposición.
- ✓ Posteriormente de manera organizada se aplicará un Pre-Test donde se evaluará los conocimientos previos que tiene los asistentes en referencia a la temática a desarrollar por parte del equipo de la ESE
- ✓ En el desarrollo de la estrategia "CUIDATE TU VACUNACION", se realizarán actividad educativa donde tendrán interacción el personal asistente sobre sus conocimientos de la importancia de las vacunas y sus beneficios, esta consiste en aclarar dudas al respecto y fortalecer sus conocimientos sobre ellas.
- ✓ Para evaluar el impacto y la efectividad de la actividad se aplicará al personal asistente el post test, luego se realizará la ponderación del Test inicial y la prueba final para analizar resultados arrojados.
- ✓ Realizar convocatoria y confirmar por actores sociales: líderes comunitarios, religiosos, étnicos, ediles, juntas de acciones comunales, padres y madres de familia, adolescentes, profesores, COPACOS asociación de usuarios, madres comunitarias del ICBF y gestores de Prosperidad Social; creando oportunidades para el acceso al esquema nacional de vacunación de manera gratuita a la población objeto del programa la cual incluye todos los ciclos de vida.

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS:

- Charlas informativas
- Material educativo tipo abanicos con mensajes claves en los temas a desarrollar
- Redes de apoyo (se establece contacto para continuar difundiendo información del programa de vacunación)
- Uso de tecnología
- Ejemplos prácticos
- Fomentar la observación

ESTRATEGIAS DE EVALUACION:

- Aplicar al personal asistente Pre Test y Post Test.
- Se evaluará los conocimientos en el desarrollo de la dinámica y se reforzaran los temas que generen más inquietudes.

TIEMPO:
1 A 2 HORAS

TEMATICA A DESAROLLAR:

1. ventajas de la vacunación
2. mitos y falsas creencias frente a la vacunación
3. cuidados adecuados pos-vacunación
4. canalización y demanda inducida al programa de vacunación
5. Uso apropiado del carné de vacunación y la tenencia del mismo.
6. Beneficios de la vacunación.
7. Hacer parte y partícipe a la comunidad en las estrategias y tácticas del PAI.
8. importancia de las vacunas.
9. Esquema o momentos de la vacunación
10. Fortalecer la detección y notificación de posibles casos de EAPV.
11. Cáncer de cuello uterino
12. Vacunación segura
13. Como se mantiene la red de frio de las vacunas
14. Soy adulto y también me vacuno
15. Como se hacen las vacunas
16. Como actúan las vacunas (sistema inmune)
17. Enfermedades inmunoprevenibles
18. Sistema de información PAIWEB

DESARROLLO DE LA TEMATICA:

TEMA 1: VENTAJAS DE LA VACUNACIÓN
DESARROLLO DEL TEMA:

. Salva vidas cada año

- Las consecuencias de algunas enfermedades infecciosas prevenibles mediante la vacunación son a veces graves y pueden evitarse si nos vacunamos.
- La vacunación es la mejor herramienta para prevenir algunas enfermedades infecciosas y es una de las medidas de salud pública que más vidas ha salvado a lo largo de la historia.
- Es importante que los niños y adolescentes reciban todas las vacunas que les correspondan según su edad y calendario de vacunación. Las enfermedades que se pueden prevenir mediante vacunación pueden ser muy graves, e incluso mortales en algunos casos.

- Vacunar es la mejor forma de asegurar que tus hijos están protegidos frente a enfermedades que podemos prevenir con vacunas.

2. Ayuda a combatir enfermedades, haciendo posible su control, eliminación y hasta incluso su erradicación.
   - Poca gente se acuerda de enfermedades como la viruela, erradicada en 1980, y de otras enfermedades ya eliminadas en muchos países del mundo, como la poliomielitis, la rubéola y el sarampión.
   - Si disminuyen las personas vacunadas en una población, algunas enfermedades que ahora raramente se ven porque están controladas (por ejemplo, poliomielitis, difteria, sarampión o rubéola), podrían reaparecer en forma de brotes o epidemias.
   - Mediante la vacunación se ha conseguido erradicar la viruela. Estamos cerca de la erradicación de la poliomielitis en el mundo, de la eliminación del sarampión y se están controlando otras enfermedades como tosferina, meningitis bacterianas y hepatitis B.
3. Vacunarse es un acto de solidaridad, te protege a ti y nos protege a todos
   - Protege y protégete con las vacunas. Es muy importante que haya mucha gente vacunada frente a cada enfermedad, pues el microorganismo que la causa circula mucho menos y así las personas que, por diversos motivos no se han vacunado, estarán protegidas también. Es lo que se llama inmunidad comunitaria.
   - La vacunación protege nuestra salud y la de las personas que cuidamos. Protege a las generaciones futuras.
4. La vacunación es importante a lo largo de toda la vida, no acaba en la infancia
   - Aunque los niños son los que reciben la mayoría de las vacunas siguiendo el calendario de vacunación, los adolescentes y adultos también necesitan estar protegidos frente a enfermedades como tétanos, difteria, sarampión, varicela, neumococo, gripe o rubéola, que a veces pueden llegar a ser más graves que en la infancia.
   - Es importante vacunarse en situaciones especiales. Por ejemplo, si padeces ciertas enfermedades crónicas (diabetes, asma, obesidad, etc.), si estás embarazada, si en el desarrollo de tu profesión tienes contacto con personas más vulnerables a ciertas enfermedades infecciosas, antes de viajar a otros países, etc. Ante cualquiera de estas situaciones, consulta con tu médico, enfermero, servicio de prevención de riesgos laborales o Centro de Vacunación Internacional o farmacéutico según la circunstancia.
   - Las personas que por su profesión tienen riesgo de contagiar a otras personas más vulnerables, deben asegurarse de haber recibido las vacunas recomendadas.
5. Previene complicaciones de enfermedades infecciosas y algunos tipos de cáncer
   Las vacunas no actúan solo sobre la enfermedad que se está previniendo, sino también sobre las complicaciones que puede tener esa enfermedad, por ejemplo:
   - La vacunación frente al sarampión evita también algunas de sus complicaciones, como neumonía, encefalitis y enfermedades neurodegenerativas.
   - Las vacunaciones frente a neumococo, H. influenzae tipo b y meningococo C previenen secuelas de las meningitis, como la sordera y otros déficits neurológicos discapacitan tés.

- La vacunación frente al virus de la parotiditis (causa de "paperas") evita sorderas y también orquitis en los varones.
- La vacunación frente a la polio evita cojeras y deformidades permanentes.
- La vacunación además, reduce la gravedad de la enfermedad si ésta llega a afectar a individuos previamente vacunados, como ocurre, por ejemplo, con la varicela.
- Mediante la vacunación se evitan, así mismo, enfermedades que son capaces de transmitirse al feto durante el embarazo, como la rubéola congénita.

También previenen algunos tipos de cáncer, por ejemplo:

- La vacuna frente al virus de la hepatitis B previene complicaciones derivadas de la infección, como la cirrosis y el cáncer de hígado.
- La vacuna del papilomavirus protege frente al cáncer de cuello de útero y de otras localizaciones.

6. Proporciona beneficios sociales y económicos
   - La vacunación es un instrumento de equidad, disminuye la desigualdad en la asistencia sanitaria, proporcionando beneficios también a los más desfavorecidos.
   - Aceptar la vacunación es un acto solidario. El beneficio individual directo se amplía a la comunidad, al reducirse el riesgo de infectar a las personas con las que convivimos y nos relacionamos.
   - La vacunación aumenta la esperanza de vida.
   - La vacunación de la población es ventajosa económicamente, comparando el gasto generado por la vacunación con el gasto derivado de padecer la enfermedad.
   - Las enfermedades prevenibles por vacunación suponen un coste alto tanto desde el punto de vista económico, como sanitario y social.
7. Es un derecho básico de los ciudadanos

En Colombia, el Sistema Nacional de Salud proporciona las vacunas incluidas en los Calendarios vacunales oficiales de forma gratuita, en función de la edad y otras circunstancias individuales.

- La vacunación es un acto voluntario. En otros países no tienen estas oportunidades. ¡Aprovéchalas y vacúnate!
- No niegues a tus hijos este derecho ni te lo niegues a ti.

8. Forma parte de un estilo de vida saludable
   - La vacunación es tan importante para nuestra salud como una dieta adecuada o el ejercicio físico.
9. Las vacunas son seguras
   - La seguridad de las vacunas preocupa a los padres. Es importante conocer que las vacunas tienen unos controles de calidad y seguridad más rigurosos que el resto de los medicamentos.
   - Existen muy pocas contraindicaciones para la administración de vacunas.
   - El riesgo de que ocurra algún problema, provocado por una vacuna, es notablemente menor que el derivado de contraer la enfermedad.
   - Un problema médico que aparece después de haber recibido una vacuna no significa necesariamente que haya sido provocado por la vacuna. Puede ser debido a otras causas.
   - Las molestias o efectos no deseados que pueden aparecer tras la vacunación suelen ser leves y, salvo escasísimas excepciones, siempre es más perjudicial padecer la enfermedad que se previene.

- La vacuna frente al papilomavirus ha demostrado, después de más de 180 millones de dosis administradas en todo el mundo, que es muy segura.

TEMA 2: MITOS Y FALSAS CREENCIAS FRENTE A LA VACUNACIÓN
DESARROLLO DEL TEMA:
LAS VACUNAS NO SON SEGURAS:
FALSO: Las vacunas son medicamentos muy seguros y eficaces. Antes de ser aprobadas para su comercialización, son sometidas a muchos estudios estrictos para comprobar su seguridad. Además, una vez que se autoriza su uso, se mantiene una vigilancia constante de los posibles efectos secundarios

EN LOS PAISES QUE EXISTE UNA HIGIENE Y SANEAMIENTO ADECUDO NO SON NECESARIAS LAS VACUNAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES

Falso. Muchas infecciones pueden propagarse independientemente de las condiciones de limpieza en las que vivamos. Aunque la mejora de las condiciones higiénicas y sanitarias de un país disminuya la aparición de ciertas enfermedades infecciosas sigue haciendo falta la vacunación.

LA ADMINSITRACION DE VARIAS VACUNAS DE FORMA SIMULTANEA ES PELIGROSA

Falso. Múltiples estudios científicos han demostrado que recibir las vacunas que se administran actualmente al mismo tiempo no producen efectos secundarios. Además, son igual de efectivas cuando se administran en combinación como cuando se administran de forma individual.

La vacunación simultánea permite completar el calendario de vacunación de forma más rápida y conseguir una protección adecuada frente a las enfermedades y además reduce el número de visitas al centro sanitario.

ES MEJOR LA INMUNIDAD PROPORCIONADA POR LA ENFERMEDAD QUE POR LAS VACUNAS

Falso. La inmunidad producida por la vacuna es similar a la producida por las infecciones. Sin embargo, con la vacunación evitamos las posibles complicaciones que pueden dar las infecciones naturales como, por ejemplo, daño cerebral por meningococo, cáncer hepático por el virus de la hepatitis B o incluso la muerte por sarampión.

LAS VACUNAS UNICAMENTE SON NECESARIAS EN LA INFANCIA

Falso. Es cierto que la mayoría de las vacunas se administran durante la infancia para proteger de forma precoz frente a enfermedades que pueden ser graves. Sin embargo, existen recomendaciones específicas para los adultos y para determinados grupos de riesgo incluidos dentro del calendario de vacunación a lo largo de toda la vida

LAS VACUNAS NO SON SEGURAS EN MUJERES EMBARAZADAS Y NO DEBEN VACUNARSE

Falso. Existen recomendaciones específicas de vacunación durante la gestación con el objetivo de proteger al bebé: vacuna frente a la gripe y vacuna frente a tos ferina.

Algunas vacunas específicas no están recomendadas durante el embarazo como la vacuna triple vírica o la vacuna de la varicela. Esto se debe a que son vacunas atenuadas y existe un riesgo potencias de que puedan producir infección en el bebé

nonato. Sin embargo, no existen evidencias de que puedan producir malformaciones congénitas.

Las mujeres que quieran quedarse embarazadas o aquellas que ya lo estén, deberán consultar con su profesional sanitario para establecer qué vacunas serán necesarias administrar.

HAY TANTAS PERSONAS VACUNADAS, MI HIJO NO NECESITA VACUNARSE

Falso. Confiar en las acciones del resto de la población para proteger a su hijo no vacunado solo funciona si todos los demás están vacunados. Si muchos padres adoptan esta actitud, menos niños serán inmunizados y las enfermedades comenzarán a propagarse rápidamente.

Además, algunas vacunas como la vacuna del tétanos sólo protege a la persona que se vacuna, por lo que es imprescindible su administración para prevenir la infección

SI SE RETRASA LA VACUNACION Y SE ADMINISTRA EN NIÑOS MAS MAYORES EN VEZ DE LACTANTES HABRA NEMOS EFECTOS SECUNDARIOS

Falso. No existe ninguna evidencia que demuestra beneficios en retrasar la vacunación. Por el contrario, el retraso en su administración aumenta el riesgo de padecer infecciones graves que son prevenibles con la vacunación.

Los efectos secundarios de la vacuna no son más comunes en bebés pequeños que en niños mayores.

El momento en que un niño debe recibir una vacuna se determina equilibrando cuándo el niño tiene el mayor riesgo de contraer la enfermedad y cuándo la vacuna generará la mejor respuesta inmune por lo que es importante cumplir con las recomendaciones establecidas en el calendario vacunal.

LAS VACUNAS PUEDEN PRODUCIR AUTISMO

Falso. No existe relación entre las vacunas y el autismo. Esto ha sido demostrado en muchos estudios que han comparado la enfermedad en niños vacunados y no vacunados alrededor del mundo

LAS VACUNAS CONTIENEN MERCURIO, QUE ES UN PRODUCTO TOXICO PARA EL SISTEMA NERVISO

Falso. Ninguna vacuna contiene productos tóxicos. Algunas vacunas en formato multidosis contienen el conservante tiomersal. El tiomersal es un compuesto que contiene etilmercurio. Este tipo de mercurio no se acumula en el cuerpo y por tanto no produce daño en el organismo

LAS VACUNAS PUEDEN PRODUCIR EL SINDROME DE MUERTE SUBITA DEL LACTANTE

Falso. Ninguna vacuna produce SMSL. Hay múltiples estudios que descartan la asociación entre la vacuna DTP y el SMSL. En los que se concluye que el número de muertes por SMSL asociadas temporalmente con la vacuna DTP estaba dentro del rango que se esperaba que ocurriera por casualidad. Esto significa que las muertes por SMSL habrían ocurrido incluso si no se hubieran vacunado

LAS VACUNAS FRENTE A LAS HEPATITIS B PRODUCE ESCLEROSIS MULTIPLE

Falso. No hay asociación entre la administración de la vacuna contra la hepatitis B y la esclerosis múltiple.

A finales de los años 90 aparecieron varios estudios de casos que plantearon la posibilidad de relación entre la vacuna y la aparición de casos de esclerosis múltiple. Por ello, el Ministerio de Sanidad francés suspendió temporalmente el programa de vacunación de adolescentes frente a hepatitis B, manteniendo la recomendación universal de lactantes y adultos de riesgo. Sin embargo, esta decisión se interpretó como una prohibición de la vacunación contra la hepatitis B, generando una preocupación generalizada en otros países.

Se realizaron nuevos estudios para establecer si existía asociación, determinando que la mayoría de los casos de enfermedades desmielinizantes se habían producido en mujeres adultas y con una distribución epidemiológica natural de la esclerosis múltiple. No hubo ningún caso en niños menores de 25 meses, a pesar de que fueron vacunados más de 1,8 millones de niños en Francia).

El análisis de los datos de informes espontáneos y de los resultados de estudios epidemiológicos no respalda la existencia de una relación causal entre la esclerosis múltiple y la vacunación contra la hepatitis B. La explicación más aceptable es que se trata de una asociación fortuita.

LA GRIPE ES UNA ENFERMEDAD LEVE Y LA VACUNA NO ES MUY EFICAZ, PO LO QUE NO ES NECESARIO VACUNARSE

Falso. La gripe produce entre 300.000 y 500.000 muertos al año en el mundo (en España alrededor de 6.300 muertes al año). Las personas mayores, las embarazadas o todas aquellas personas que pertenecen a los grupos de riesgo recomendados por el CISNS tienen mayor riesgo de tener infección grave y muerte.

Las vacunas frente a la gripe estacional se utilizan desde hace décadas y son la forma más eficaz de reducir la probabilidad de presentar síntomas graves y de contagiarla a los demás. Se estima que su efectividad es de aproximadamente 50-70% en personas adultas de 50-64 años, siendo menor en mayores de 65 años (38-46%).

Es importante tener en cuenta que, aunque se pueda adquirir la infección, la enfermedad será con mucha probabilidad menos grave si ha recibido la vacuna, por lo que es muy importante que las personas de mayor riesgo se vacunen anualmente.

LOS NIÑOS VACUNADOS EXPERIMENTAN MAS ALERGIA, AUTOINMUNIDAD Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN COMPARACION CON NIÑOS NO VACUNADOS

Falso. No hay evidencia científica de que exista asociación entre la vacunación y el desarrollo de enfermedades alérgicas, asma, enfermedades autoinmunes, dermatitis u otras enfermedades respiratorias.

LAS PERSONAS ALEGICAS AL HUEVO NO PUEDEN VACUNARSE

Falso. Actualmente existen únicamente 2 vacunas incluidas en nuestro calendario de vacunación que pueden contener proteínas de huevo: vacuna triple vírica, la vacuna frente a la gripe.

Ambas vacunas pueden administrarse en las personas con historia de alergia por exposición al huevo sin precauciones especiales. Esta recomendación es válida

también para quienes hayan presentado reacciones alérgicas graves o anafilaxia al huevo.

TEMA 3: CUIDADOS ADECUADOS POS-VACUNACIÓN
DESARROLLO DEL TEMA:

A veces los niños tienen reacciones leves a las vacunas inyectables, como dolor en el sitio de la inyección, sarpullido o fiebre. Estas reacciones son normales y desaparecerán al poco tiempo. **Estos consejos lo ayudarán a identificar y minimizar los efectos secundarios leves:**

- Escuche atento la información que le brinda el personal de salud acerca de las vacunas aplicar a su hijo para informarse sobre los efectos secundarios podría tener.
- Aplique un paño mojado y moderadamente frío para ayudar a reducir el enrojecimiento, el dolor o la hinchazón que tenga en el lugar de la inyección.
- Reduzca la fiebre dándole al niño un baño de esponja con agua moderadamente fría.
- Ofrézcale líquidos con más frecuencia. Es normal que algunos niños coman menos durante las 24 horas que le siguen a la vacunación.
- Pregúntele al médico de su hijo si le puede dar un medicamento para el dolor que no contenga aspirina.
- Póngale especial atención a su hijo por algunos días. Si observa algo que le preocupe, llame al médico del niño.

Cuando debes de consultar a tu médico de familia:

- Cuando en el sitio de aplicación de la vacuna se presente pus o materia
- Cuando persista fiebre 3 días posteriores a la aplicación de la vacuna

TEMA 4: CANALIZACIÓN Y DEMANDA INDUCIDA AL PROGRAMA DE VACUNACIÓN
DESARROLLO DEL TEMA:

El Termino canalizar o canalización es ampliamente usado en el sector salud y se refiere a un conjunto de actividades de orientación y direccionamiento de los usuarios, pacientes, familias y comunidades a los servicios sociales o de salud disponibles en el territorio, con el fin de mejorar el acceso a éstos y de esta ..
Demanda Inducida: Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

En 1983 se estableció la estrategia de vacunación llamada canalización, en la cual todo el equipo de salud hacía visitas casa a casa, diligenciando la historia de vacunación de cada niño en el área, con un plan de seguimiento específico para cada uno.

Con el objetivo de Orientar a las personas con respecto a las respuestas institucionales disponibles en su territorio y al mecanismo a seguir para acceder de manera efectiva a los servicios sociales y de salud; direccionándolas a las instituciones del sector o de otros sectores que tengan competencia para el abordaje de las situaciones o condiciones identificadas en las personas, familias o comunidades, que apunten Orientaciones para el desarrollo del procedimiento de Canalización y al goce efectivo de sus derechos y a la mejora de las condiciones de bienestar y salud de las mismas

TEMA 5: USO APROPIADO DEL CARNÉ DE VACUNACIÓN Y LA TENENCIA DEL MISMO.

DESARROLLO DEL TEMA:

El carné de vacunación debe ser entregado de manera gratuita y obligatoria por la IPS o entidad vacunadora y debe estar diligenciado de forma clara y legible.

- La institución encargada de aplicar la vacuna es la responsable de entregar gratuitamente el carné o copia de éste a las personas vacunadas, previa validación de la información de las dosis aplicadas.

- En caso de cierre de la entidad de salud que realizó el proceso, los padres o el cuidador deben dirigirse a una de las sedes de vacunación de dicha entidad para la validación y expedición del respectivo carné en físico o a través del aplicativo Programa Ampliado de Vacunación-PAIWEB.

- Cuando se trate de niñas y niños sin información del esquema de vacunación, la entidad vacunadora deberá realizar una búsqueda exhaustiva en las diferentes fuentes de información, tales como: carnés anteriores, puntos de vacunación, carpetas de los jardines u hogares infantiles, registros diarios, sistemas de información, historia clínica, entre otros.

- La entidad vacunadora tiene la responsabilidad de indagar a los padres o cuidadores sobre los antecedentes de los menores sin información del esquema de vacunación, a fin de continuar el proceso y, así, evitar al máximo la revacunación.

Un carné de vacunas le ayuda a usted, a su médico y al personal de salud a conocer qué vacunas le han sido aplicadas a su hijo. El registro empieza en el momento del nacimiento, cuando el niño recibe sus primeras vacunas, y debe ser actualizado cada vez que reciba las siguientes dosis. Esta información le será útil si usted se muda o cambia de médico, y también en el momento de inscribirlo en una guardería o cuando empiece el colegio. Recuerde llevar el carné cada vez que asista con el niño a una institución de salud a cualquier servicio que se preste allí (medicina, odontología, psicología y crecimiento y desarrollo, entre otros)

TEMA 6: BENEFICIOS DE LA VACUNACIÓN

DESARROLLO DEL TEMA:

Las vacunas son una de las estrategias más costo-efectivas de la Salud Pública a nivel mundial. Sus beneficios han permitido erradicar la viruela, reducir la incidencia mundial de la poliomielitis en un 99% y disminuir notablemente la incidencia de enfermedades como el sarampión, la difteria, la tos ferina, el tétanos y la hepatitis B.

A continuación, se listan los beneficios más destacables de las vacunas:

1. La vacunación salva vidas

La inmunización actualmente evita entre 2-3 millones de muertes cada año, previene las muertes en todos los grupos de edad por enfermedades como: difteria, tétanos, tos ferina (pertussis) y sarampión. Es una de las intervenciones de salud pública más exitosas. Mas aún, se podrían evitar 1,5 millones de muertes adicionales si mejora la cobertura mundial de vacunación.

2. La vacunación evita padecer los síntomas de la enfermedad

Al vacunarse, y adquirir inmunidad contra la enfermedad el individuo no presenta los síntomas de ella ni sus complicaciones, que en algunos casos ponen en riesgo la vida.

3. Ha erradicado la viruela, enfermedad que no tenían cura

Dentro de los logros más importantes de la vacunación está la erradicación de la viruela, enfermedad que mataba a miles de personas todos los años. Se estima que en el siglo XVIII en Europa morían 400.000 personas anualmente y un tercio de los que sobrevivían quedaban con secuelas tales como la ceguera y cicatrices desfigurantes, su letalidad era del 20-60% en adultos y en bebés llegaba hasta el 98% a finales del siglo XIX. Hay registro de 46 brotes y epidemias de viruela entre los siglos XVI – XVIII, que afectó los principales centros urbanos y puertos de Chile y algunas epidemias alcanzaron una mortalidad de aproximadamente el 20% de la población, como la que afectó a Concepción el año 1789.

El proceso de erradicación mundial de la viruela se puso en marcha, cuando la Asamblea Mundial de Salud recibió un informe en 1958 de las consecuencias catastróficas de la viruela en 63 países y la OMS inició una campaña mundial de vacunación consiguiendo en el año 1977 la erradicación de la viruela.

4. La vacunación nos protege a todos

Cuando existe un alto porcentaje de individuos vacunados, estos actúan como una barrera de protección para las persona que no pueden ser vacunadas al disminuir la circulación del agente infeccioso en la comunidad y de esta forma, se protege a la población que no puede vacunarse por características individuales, por ejemplo, personas inmunodeficientes.

Este fenómeno se conoce como inmunidad colectiva, de grupo o solidaria y es posible cuando se mantienen tasas altas de vacunación cercanas al 90 – 95%.

5. Es una medida de equidad

La vacunación en Chile es un elemento de equidad al disminuir desigualdades sociales, ya que es un bien público, gratuito y protege a toda la población. También disminuye las desigualdades económicas, ya que representa un ahorro familiar en medicamentos para tratar episodios de enfermedades prevenibles con vacunación, reduce la morbilidad y mortalidad de la población, junto con disminuir la atención en salud y cuidados en individuos previamente vacunados.

6. Las vacunas como defensa de primera línea contra la resistencia antimicrobiana

El uso de la vacunación en humanos y animales, es una forma muy efectiva de evitar que se infecten y por consiguiente, evita la necesidad de utilizar antibióticos. Hacer un buen uso de las vacunas existentes y desarrollar nuevas vacunas son formas importantes de combatir la resistencia a los antibióticos y reducir las enfermedades y muertes prevenibles.

7. Las vacunas otorgan beneficios sociales y económicos

Las vacunas aumentan la expectativa de vida al disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares (vacuna contra la gripe, vacuna antineumocócica) y proteger frente a cánceres como la vacuna del papiloma humano y la vacuna contra la hepatitis B, reduce el riesgo de contraer enfermedades relacionadas con los viajes como la fiebre amarilla, el cólera y la hepatitis A, permite ahorrar en medicamentos para tratar episodios de enfermedades evitadas por la vacunación.

En el aspecto económico, la vacunación evita la atención y cuidados en enfermedades prevenibles por ellas, mejora la salud y produce un aumento de la productividad, reduciendo la mortalidad y morbilidad.

TEMA 7: HACER PARTE Y PARTÍCIPE A LA COMUNIDAD EN LAS ESTRATEGIAS Y TÁCTICAS DEL PAI.
DESARROLLO DEL TEMA:

Involucrar a la comunidad en las estrategias y tácticas del Programa de Alimentación Escolar (PAI) es fundamental para garantizar su éxito y sostenibilidad. Aquí hay algunas sugerencias sobre cómo hacer esto:

1.Reuniones Comunitarias: Organizar reuniones regulares donde padres, docentes, y miembros de la comunidad puedan discutir las necesidades y mejoras del PAI. Esto facilita la comunicación y el intercambio de ideas.

2. Encuestas y Consultas: Realizar encuestas para recoger opiniones de la comunidad sobre el PAI. Preguntar sobre preferencias alimenticias, necesidades dietéticas y sugerencias para mejorar el programa.

3. Talleres de Educación Alimentaria: Implementar talleres y actividades educativas sobre nutrición y hábitos alimenticios saludables. Invitar a nutricionistas y expertos en alimentación para que compartan conocimientos.

4. Formación de Comités: Crear un comité que incluya representantes de padres, estudiantes y miembros de la comunidad para supervisar e implementar el PAI. Este grupo puede ser responsable de la planificación y ejecución de las actividades.

5. Colaboración con Productores Locales: Establecer alianzas con agricultores y productores locales para que los alimentos frescos y saludables sean parte del PAI. Esto también puede impulsar la economía local.

6. Eventos Comunitarios: Realizar eventos que celebren la diversidad alimentaria y la cultura local. Esto puede incluir ferias de alimentos o días de cocina comunitaria donde se preparen platos tradicionales.

7. Capacitación de Voluntarios: Capacitar a voluntarios de la comunidad para que ayuden en la implementación del PAI, desde la preparación de alimentos hasta la educación en nutrición.

8. Feedback Continuo: Establecer un sistema de retroalimentación continua donde la comunidad pueda expresar sus opiniones y sugerencias sobre el PAI.

9. Comunicación Transparente: Mantener a la comunidad informada sobre los objetivos, logros y desafíos del PAI. Utilizar boletines, redes sociales y reuniones para compartir información.

10. Evaluación y Mejora: Involucrar a la comunidad en la evaluación del impacto del PAI y en la identificación de áreas de mejora, asegurando que el programa evolucione según las necesidades de los beneficiarios.

Fomentar la participación activa de la comunidad no solo mejora la alimentación escolar, sino que también fortalece los lazos comunitarios y empodera a los ciudadanos en el proceso de toma de decisiones relacionadas con la salud y la nutrición.

TEMA 8.: IMPORTANCIA DE LAS VACUNAS.
DESARROLLO DEL TEMA:

Las vacunas son una de las herramientas más importantes para prevenir enfermedades infecciosas y proteger la salud de la población. Gracias a las vacunas, se han logrado erradicar o controlar enfermedades graves como la polio, el sarampión, la meningitis, la hepatitis, entre otras.

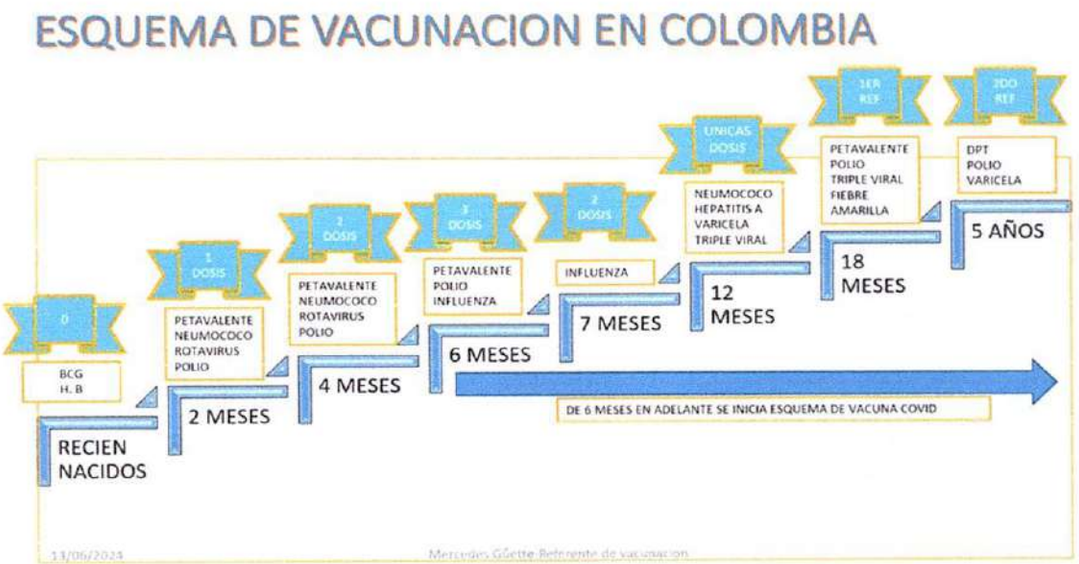
Las vacunas estimulan el sistema inmunológico para producir una respuesta protectora contra agentes infecciosos, como bacterias o virus. Esto ayuda a prevenir

la propagación de enfermedades y protege a las personas que han sido vacunadas, así como a aquellas que no pueden ser vacunadas por razones de salud.

Además, las vacunas contribuyen a reducir la carga de enfermedad en la sociedad, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad asociada con enfermedades infecciosas. Esto a su vez tiene un impacto positivo en la economía, al reducir los costos asociados con el tratamiento de enfermedades y las pérdidas de productividad.

las vacunas son imprescindibles para proteger la salud individual y colectiva, prevenir epidemias y mejorar la calidad de vida de la población. Por lo tanto, es fundamental seguir promoviendo la importancia de la vacunación y garantizar que todas las personas tengan acceso a las vacunas necesarias para protegerse contra enfermedades prevenibles

TEMA 9: ESQUEMA O MOMENTOS DE LA VACUNACIÓN
DESARROLLO DEL TEMA:



TEMA 10: FORTALECER LA DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DE POSIBLES CASOS DE EAPV.
DESARROLLO DEL TEMA:

Para fortalecer la detección y notificación de posibles casos de Eventos Adversos Posteriores a la Vacunación, se pueden implementar las siguientes acciones:

1. Capacitar al personal de salud, padres de los niños y/o usuarios en la identificación y manejo de posibles eventos adversos posteriores a la vacunación.
2. Establecer un sistema de notificación de eventos adversos posteriores a la vacunación que sea accesible y fácil de usar para los profesionales de la salud, padres de los niños y/o usuarios
3. Promover la cultura de la notificación de eventos adversos entre los pacientes y sus cuidadores, para que reporten cualquier síntoma inusual o efecto secundario de la vacuna.

4. Realizar una vigilancia activa de los posibles eventos adversos posteriores a la vacunación, incluyendo la recopilación y análisis sistemático de la información sobre casos notificados.
5. Brindar apoyo y seguimiento a los pacientes que presenten eventos adversos posteriores a la vacunación, para garantizar una atención oportuna y de calidad.
6. Fomentar la transparencia en la comunicación sobre los eventos adversos posteriores a la vacunación, para mantener la confianza de la población en los programas de vacunación.
la detección y notificación de eventos adversos posteriores a la vacunación es fundamental para garantizar la seguridad y eficacia de los programas de vacunación. Implementar acciones para fortalecer este proceso es clave para proteger la salud pública y prevenir posibles riesgos asociados a la vacunación.

TEMA 11: CÁNCER DE CUELLO UTERINO
DESARROLLO DEL TEMA:

El cáncer de cuello uterino es cáncer que se origina en las células del cuello del útero. También se conoce como cáncer de cérvix o cáncer cervicouterino. El cuello uterino es la porción final, inferior y estrecha del útero (matriz) que conecta el útero con la vagina (canal del parto). El cáncer de cuello uterino se forma, por lo general, de manera lenta a lo largo del tiempo. Antes de que este cáncer se forme, las células del cuello del útero sufren ciertos cambios conocidos como displasia y se convierten en células anormales en el tejido del cuello uterino. Con el tiempo, si las células anormales no se destruyen o se extraen, es posible que se vuelvan cancerosas, se multipliquen y se diseminen a partes más profundas del cuello uterino y a las áreas que lo rodean.

TEMA 12: VACUNACIÓN SEGURA
DESARROLLO DEL TEMA:



TEMA 13: COMO SE MANTIENE LA RED DE FRIO DE LAS VACUNAS
DESARROLLO DEL TEMA

la cadena de frío es un conjunto de normas y procedimientos que aseguran el correcto almacenamiento y distribución de vacunas a los servicios de salud desde el nivel nacional hasta el nivel local. La cadena de frío está interconectada con equipos de refrigeración que permiten conservar las vacunas a las temperaturas recomendadas para mantener su potencia.

Teniendo en cuenta que las propiedades de las vacunas pueden ser alteradas por el frío, el calor o la luz, la importancia de la cadena de frío en vacunas radica en que asegura la conservación de las propiedades originales del producto y de su poder inmunológico en medio de las tareas de logística y distribución.



TEMA 14: SOY ADULTO Y TAMBIÉN ME VACUNO
DESARROLLO DEL TEMA

Vacunarse, incluso como adulto, es fundamental por varias razones:

1. Protección Personal: Las vacunas ayudan a protegerte de enfermedades graves que pueden tener complicaciones serias o incluso ser mortales. Esto es especialmente importante a medida que envejecemos y nuestro sistema inmunológico puede no ser tan robusto.

2. Inmunidad de Rebaño: Al vacunarte, no solo te proteges a ti mismo, sino que también contribuyes a la inmunidad de rebaño. Esto significa que ayudas a proteger a aquellos que no pueden vacunarse (por ejemplo, personas con alergias severas a componentes de la vacuna o quienes tienen sistemas inmunitarios comprometidos) al reducir la propagación de enfermedades.

3. Prevención de Brotes: Algunas enfermedades pueden reemerger en la población, especialmente si las tasas de vacunación bajan. Vacunarse ayuda a evitar brotes que podrían tener un impacto en la salud pública.

4. Cuidado de la Salud a Largo Plazo: Algunas vacunas tienen beneficios a largo plazo, protegiendo contra enfermedades que pueden no presentarse hasta años después de haber estado expuesto al virus o bacteria.

5. Requisitos Laborales o de Viaje: Muchas ocupaciones y destinos internacionales requieren ciertas vacunas para asegurar la salud de la población y prevenir la propagación de enfermedades.

6. Costo-Beneficio: Prevenir enfermedades a través de la vacunación suele ser mucho más económico y menos complicado que tratar una enfermedad que podría haberse prevenido.

Es importante consultar con un profesional de salud para conocer las vacunas recomendadas para tu edad y estado de salud.

TEMA 15: COMO SE HACEN LAS VACUNAS
DESARROLLO DEL TEMA

El proceso de creación de una vacuna es un proceso complejo con varias etapas controladas de inicio a fin. Esto se debe a que las vacunas son productos biológicos y se obtienen a partir de organismos vivos, como virus y bacterias. Antes de poderse administrar en humanos, las vacunas deben pasar los máximos controles de calidad y seguridad.

Proceso de creación de una vacuna

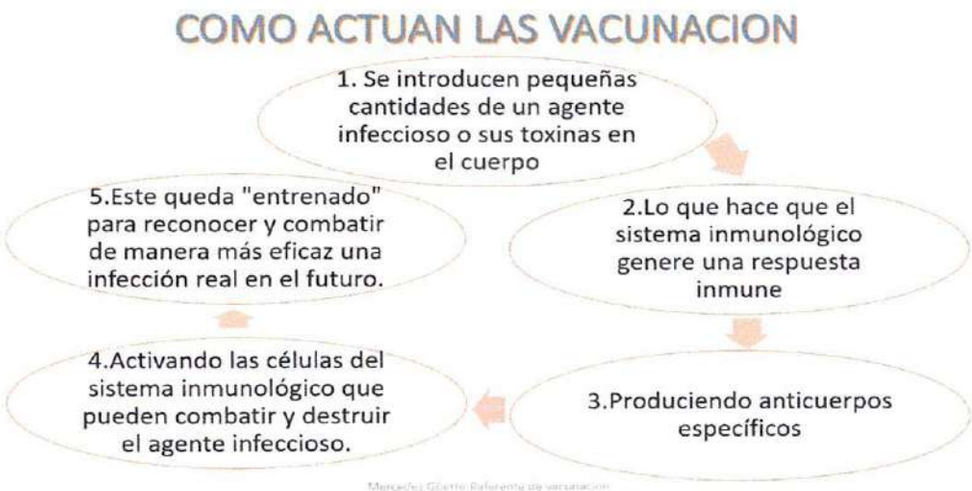
1. **Fase exploratoria**: La primera fase del proceso de creación de una vacuna trata de comprender la enfermedad, sus factores epidemiológicos y las proteínas que deben utilizarse para prevenirla o tratarla.
2. **Fase preclínica**: En esta fase del proceso de creación de una vacuna, "se trata de verificar su eficacia -si funciona y los antígenos de interés se expresan correctamente y/o inducen una respuesta inmune protectora- y su seguridad -si es bien tolerada y no provoca efectos adversos"
3. **Desarrollo clínico**: El desarrollo clínico del proceso de creación de una vacuna se compone de 3 fases: Un objetivo de estas fases es evaluar la seguridad de la vacuna, dado que algunos efectos secundarios podrían no aparecer en los grupos más pequeños de sujetos probados en las fases anteriores.

4. **Postcomercialización:** En esta fase podemos encontrar los últimos tres pasos del proceso de creación de una vacuna:

- **Autorización reglamentaria**. Todos los datos recopilados en las fases previas se envían para su aprobación a las autoridades sanitarias correspondientes.
- **Proceso de fabricación**. Para producir un único lote de vacunas se tarda alrededor de 22 meses.
- **Control de calidad**. Durante el tiempo de producción se dedica un 70% de su tiempo al control de calidad de la vacuna.

En cuanto al tiempo completo del proceso, "el tiempo del desarrollo normal -desde que se caracterizan los antígenos vacunales, se diseña la vacuna, se completan los ensayos preclínicos y clínicos y se comercializa- puede ser de unos 10 años".

TEMA 16: COMO ACTÚAN LAS VACUNAS (SISTEMA INMUNE)
DESARROLLO DEL TEMA



TEMA 17: ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES
DESARROLLO DEL TEMA

Las enfermedades inmunoprevenibles son aquellas que se pueden prevenir mediante la vacunación. Gracias a las vacunas, se ha logrado reducir significativamente la incidencia de muchas de estas enfermedades, y en algunos casos, se han erradicado por completo. A continuación se presentan algunas de las principales enfermedades inmunoprevenibles:

1. Sarampión: Enfermedad viral altamente contagiosa que puede causar complicaciones graves, incluyendo neumonía y encefalitis.

2. Rubeola: Enfermedad viral que también puede causar complicaciones, especialmente en mujeres embarazadas, como malformaciones congénitas.

3. Paperas (parotiditis): Enfermedad viral que puede causar inflamación de las glándulas salivales y complicaciones como orquitis (inflamación de los testículos).

4. Difteria: Infección bacteriana aguda que afecta las vías respiratorias y puede causar complicaciones graves si no se trata.

5. Tétanos: Enfermedad bacteriana grave que afecta el sistema nervioso y puede causar rigidez muscular y convulsiones.

6. Pertussis (tos ferina): Enfermedad bacteriana altamente contagiosa que causa tos severa y puede ser peligrosa para los bebés.

7. Poliomielitis: Enfermedad viral que puede llevar a la parálisis y afectación del sistema nervioso. Ha sido erradicada en muchas partes del mundo gracias a la vacunación.

8. Neumonía por neumococo: Infección bacteriana que puede causar neumonía, meningitis y sepsis, especialmente en niños y ancianos.

9. Meningitis por Haemophilus influenzae tipo b (Hib): Bacteria que puede causar meningitis y otras infecciones graves en niños.

10. Hepatitis B: Infección viral que afecta el hígado y puede llevar a enfermedades crónicas del hígado, como cirrosis y cáncer.

11. Virus del papiloma humano (VPH): Infección que puede provocar cáncer de cuello uterino y otros tipos de cáncer. La vacuna ayuda a prevenir estas infecciones.

12. Influenza (gripe): Enfermedad viral estacional que puede causar complicaciones severas en poblaciones vulnerables, como ancianos y personas con enfermedades crónicas.

Las vacunas son una herramienta esencial en la salud pública para controlar y prevenir estas enfermedades. Es importante seguir las recomendaciones de vacunación de autoridades de salud para mantener la protección individual y colectiva.

TEMA 18: SISTEMA DE INFORMACIÓN PAIWEB
DESARROLLO DEL TEMA

Brochure de Paiweb