154

E.S.E. Hospital San Bartolomé
La salud, un compromiso de todos

NIT: 800194328 - 4 - ESE SAN BARTOLOME MPIO DE CAPITANEJO
Carrera 4 N 105 Barrio Libertadores - CAPITANEJO
Teléfono: 6600382 Fax: 6600382
hospitalbartolome@hotmail.com

Fecha de expedición :2025-06-15 21:12:57

Versión del reporte: 12.04.2022 17:06

CUFE:09092c52f1fb13ba8a823ca174b96583742d5f0642e995ee2016167e9e6fa006177998cb50d5bf8e6f360ddaff950b90

G792WoQMUaT97yLZ7/M0Y4L9OKvAp/9amC2tWrwYNhftfbXn6HYgn90+2ZCQOWYo5M6JZl7La71b0jaV0LlU/+ePaIVdjz0Uqe0l7AlFv0rdeciUQ3A+aNRL6k0U24YsLnZo4oQbVjzd5ZzzjoFabU8/zXaTWDQCmFNE92ueMqhUTb7nFMw6cgvvODowXYUB+NY7l4Ofa62prMZnKDj6bwGLz5U0mR6rgqgVWBrKzXY+nDl6W6DqaOl2FtFeh73ozOMCkCWVBuGwzJDmG++GPQna6PC3G6bNsUJmYdPDZJjNCbDDyo6dv9MyR7ejUCcummnnLmcwZ1aTHCp8R+9A==

Factura electrónica de venta
Nro: FE9678

Fecha de vencimiento: 2025-07-15 | **Tipo de operación:** SS-CUFE | **Fecha inicio:** 2025-06-15
Tipo de negociación: Crédito | **Medio de pago:** Instrumento no definido | **Fecha final:** 2025-06-30

Administradora: SECRETARIA DE SALUD DE SANTANDER
Nit: 890201235 - 6
Dirección: Calle 45 N 11 52
Teléfono: 6336233
Ciudad: BUCARAMANGA

AAAA-MM-DD
Fecha Expedición: 2025-06-15
Contrato Nro: CO1PCCNTR6911202
Modalidad: Capitado
Régimen: Subsidiado

CONCEPTO

por concepto de único pago CO1.PCCNTR.6911202 que tiene por objeto REALIZAR ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y GESTIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN SANTANDER

Valor en letras: DIECISIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS

SUBTOTAL:	**17,800,000.00**
COPAGO:	**0.00**
VALOR A PAGAR:	**17,800,000.00**

Representante Legal

Aceptado por :

MANOSALVA AGUDELO MARIA VICTORIA

Resolución DIAN número 18764082672301 de 01 de Noviembre 2024 desde 8001 a 15000 con prefijo FE AUTORIZADA con vigencia de 24 meses Esta factura cambiaria de compraventa se asimila en us efectos a una letra de cambio Articulos 621 y 775 Código del Comercio CIIU Revisión 4 adaptada para Colombia 8610

Factura electrónica generada por software propio de ESE SAN BARTOLOME MPIO DE CAPITANEJO con nit 00800194328 - 4

Impreso por: LYBP Elaborado por: LYBP Original

República de Colombia Gobernación de Santander	CERTIFICADO TRIBUTARIO (Aplica para Entidades y Empresas)	

Para efectos de la aplicación de los descuentos tributarios, me permito informar bajo la gravedad de juramento que, una vez verificada la ejecución de las actividades económicas del presente cobro, de conformidad con el contrato **CO1.PCCNTR.6911202 del 16 de octubre de 2024**, me permito certificar que para la aplicación de la Retención en la Fuente sobre Industria y Comercio – RETEICA:

MUNICIPIO(S) DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES	CODIGO REGISTRADO	ACTIVIDAD REGISTRADA	TARIFA A APLICAR	VALOR BASE (ANTES DE IVA)
CAPITANEJO	8610	ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLINICAS DE INTERNACION	0	17.800.000

NOTAS: Inserte las filas necesarias de acuerdo con sus actividades contractuales.
Si no aplica el descuento por favor en la celda de tarifa referenciar la norma exacta que así lo autoriza y adjuntar la norma referenciada.

Se firma para tramite de pago, a los quince (15) días del mes de junio de 2025

Firma del Contratista:	
Nombre:	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO
C.C. NO.	800194328
CORREO ELECTRONICO:	Gerencia@hospitalsanbartolome-santander.gov.co
TELEFONO DE CONTACTO:	3108104526

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA DE RECIBO PARCIAL	CÓDIGO	AP-CCP-RG-23
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 de 2

ACTA DE RECIBO FINAL

TIPO DE CONTRATO :	**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO**
CONTRATO No. Y FECHA:	**CO1.PCCNTR.6911202 del 16 de octubre de 2024**
CONTRATISTA:	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO**
Nit o C.C. No.	800194328
OBJETO:	REALIZAR ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y GESTIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN SANTANDER
VALOR INICIAL:	$17,800,000.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00
ANTICIPO INICIAL (XXXX %):	$00.000.00
ANTICIPO ADICIONAL (XXXX %):	$00.000.00
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL	0.00
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC.	$00.000.00
PLAZO INICIAL:	SESENTA Y UN (61) - Días calendario
PLAZO ADICIONAL:	
PORCENTAJE DE EJECUCION:	100%
NOMBRE INTERVENTOR Y CONTRATO :	Nombre del Interventor Numero de contrato y fecha
Nit o C.C. DEL INTERVENTOR	Nit o Cédula del Interventor
SUPERVISOR:	**MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS** Acto Administrativo de fecha 16 de octubre de 2024
FECHA DE INICIACION:	01 de noviembre de 2024
FECHA DE TERMINACION:	31 de diciembre de 2024
MUNICIPIO:	**CAPITANEJO**
OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

En Bucaramanga, a los 16 días del mes de junio de 2025, se reunieron, Maria Teresa Santander Dueñas, en calidad de Supervisor del Departamento y **MANOSALVA AGUDELO MARIA VICTORIA**, quien comparece en calidad de Representante legal de **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO,** como Contratista, con el fin de elaborar la presenta Acta de Recibo Final correspondiente al periodo **01/11/2024** al **31/12/2024**, del presente Contrato de acuerdo con las actividades ejecutadas y consignadas en el Informe de supervisión final, el cual hace parte integral de la presente acta.

Así mismo, se deja constancia que se verificó el cumplimiento de las obligaciones del Contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, caja de compensación familiar, ICBF, SENA, de conformidad con el artículo 50 de la ley 789 de 2002.

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA DE RECIBO PARCIAL	CÓDIGO	AP-CCP-RG-23
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	2 de 2

I. BALANCE PRESUPUESTAL EJECUTADO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$17.800.000	
VALOR ADICIONAL CONTRATO		
VALOR EJECUTADO		$17.800.000
VALOR POR EJECUTAR		$0
SUMAS IGUALES	**$17.800.000**	**$17.800.000**

AMORTIZACIÓN ANTICIPO

VALOR INICIAL DEL ANTICIPO	$0	
VALOR ADICIONAL ANTICIPO	$0	
VALOR AMORTIZADO		$0
VALOR POR AMORTIZAR		$0
SUMAS IGUALES	**$0**	**$0**

II. PAGO A REALIZAR EN EL ACTA FINAL

VALOR EJECUTADO EN LA PRESENTE ACTA	$ 17.800.000
Menos aporte de (ejecución mano de obra)	$0
Menos saldo amortización anticipo	$0
VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$17.800.000**

SON: DIECISIETE MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($ 17,800,000.00)

De conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2.1.4.5 del Decreto Nacional 1082 de 2015 y de acuerdo con la modalidad de contratación y su cuantía, el contrato que se llegue a celebrar estaría exento de garantías.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron, a los 16 días del mes de junio de 2025

MANOSALVA AGUDELO MARIA VICTORIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO
CONTRATISTA

MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS
SUPERVISOR

160

República de Colombia Gobernación de Santander	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	4
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÁGINA	1 de 4

INFORME DE ACTIVIDADES FINAL DEL CONTRATISTA

TIPO DE CONTRATO:	**CONTRATO INTERADMINISTRATIVO**
CONTRATO No. Y FECHA:	CO1.PCCNTR.6911202 del 16 de octubre de 2024
CONTRATISTA:	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO**
Nit o C.C. No.	800194328
OBJETO:	REALIZAR ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y GESTIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN SANTANDER
VALOR INICIAL:	$17,800,000.00
VALOR ADICIONAL:	$0.00
VALOR TOTAL:	**$17,800,000.00**
ANTICIPO INICIAL:	$0.00
ANTICIPO ADICIONAL:	$0.00
ANTICIPO TOTAL:	**$0.00**
AMORTIZACION ANTICIPO INICIAL:	0.00
AMORTIZACION ANTICIPO ADIC:	0.00
PLAZO INICIAL:	SESENTA Y UN (61) - DÍAS CALENDARIO
PLAZO ADICIONAL:	
PLAZO TOTAL:	**HASTA EL 31 DE DICIEMBRE 2024**

SUPERVISOR:	**MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS**
Acto Administrativo de Supervisión:	16 DE OCTUBRE DE 2024
INTERVENTOR:	
Acto Administrativo de Interventoría:	
FECHA DE INICIACIÓN:	01 de noviembre de 2024
FECHA DE TERMINACIÓN:	31/12/2024

SOLO PARA CONVENIOS:	
APORTE ENTIDAD (GOBERNACION):	$17.800.000
APORTE OTRAS ENTIDADES:	$0.00
VALOR TOTAL CONVENIO:	**$17.800.000**

ACTAS DE SUSPENSIÓN

ACTAS DE REINICIO

PRORROGAS:

NUEVA FECHA DE TERMINACIÓN:	No aplica

OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

República de Colombia Gobernación de Santander	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	4
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÁGINA	2 de 4

VALOR A PAGAR:	$ 17,800,000.00	Cobros realizados: (incluyendo el actual)	N° 1	de	1

Periodo de Pago:	Desde:	01/11/2024	Hasta:	31/12/2024

No. del RP:	24009073
Fuente del RP:	SGP-SALUD PUBLICA COLECTIVA

VALOR ACTA DE RECIBO PARCIAL / FINAL	N° 1	$ 17,800,000.00

MENOS APORTE DE (EJ. MANO DE OBRA DEL XX%)	$
MENOS AMORTIZACIÓN DE ANTICIPO XX%	0.00
VALOR POR PAGAR EN LA PRESENTE ACTA	**$ 17,800,000.00**

OBSERVACIONES AL ACTA: (estas observaciones son las digitadas al generar la cuenta desde el Portal de Tramite de cuentas de Guane, cuando tenga una condición atípica en su cuenta).
NO APLICA

ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR EL CONTRATISTA

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
1.	PRESENTAR PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A PARTIR DEL CUAL SE DARÁ CUMPLIMENTO A LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN QUE DEBE CONTENER	A) PLAN DE TRABAJO 1. CRONOGRAMA MENSUAL APROBADO POR EL SUPERVISOR	**ANEXO 1:** PLAN DE TRABAJOY CRONOGRAMA
2.	REALIZAR (1) UNA REUNIÓN EN EL MUNICIPIO CON EL SECRETARIO DE SALUD, COORDINADOR DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, ACTORES DE INTERÉS CON EL FIN DE SOCIALIZAR LA ESTRATEGIA, CONCERTAR CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES A EJECUTAR Y ESTABLECER ALIANZAS INSTITUCIONALES, QUE PERMITAN LA ARTICULACIÓN Y EL ÉXITO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO	A) ACTA DE REUNIÓN CON CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES B) REGISTRO DE REUNIÓN, REGISTRO FOTOGRÁFICO	**ANEXO 2:** A) ACTA DE REUNIÓN CON CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES, REGISTRO DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRÁFICO
3.	REALIZACION DE ALIANZA CON LA ALCALDÍA MUNICIPAL E INSTITUCIONES MUNICIPALES PARA DEFINIR, LUGAR, FECHA, CANTIDAD DE MUJERES A INTERVENIR, MUNICIPIO	ACTA DE REUNIÓN	**ANEXO 3:** ACTA DE REUNIÓN, REGISTRO ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRÁFICO
4.	ORGANIZACIÓN, PLANEACION, DISEÑO DE STAND A INSTALAR, ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA A REALIZAR EN STAND, REALIZACION DE DISEÑO DE KITS A TENTREGAR (MINIMO 150 PERSONAS POR	A) PROPUESTA MODELO DE STAND APROBADA POR LA SUPERVISORA B) REGISTRO FOTOGRÁFICO DE STAND INSTALADO C) LISTADO DE INSUMOS USADOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL STAND	**ANEXO 4:** PROPUESTA MODELO DE STAND APROBADA, REGISTRO FOTOGRÁFICO DE STAND INSTALADO, LISTADO DE INSUMOS USADOS PARA LA

República de Colombia Gobernación de Santander	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	4
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÁGINA	3 de 4

ITEM	ACTIVIDADES GENERALES	ACTIVIDADES ESPECIFICAS	EVIDENCIAS
	EVENTO) Y PEQUEÑO COMPARTIR		PUESTA EN MARCHA DEL STAND
5.	INSTALAR UN PENDÓN CON MENSAJE INVITANDO A CONOCER LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA SOLO CON LOGOS INSTITUCIONALES DE LA GOBERNACIÓN DE SANTANDER-SECRETARIA DE SALUD.	A) PROPUESTA DE PENDÓN APROBADA POR EL SUPERVISOR REGISTRO FOTOGRÁFICO DE PENDÓN INSTALADO	**ANEXO 5:** PENDÓN APROBADO Y REGISTRO FOTOGRÁFICO DEL PENDÓN INSTALADO
6.	REALIZAR UNA CHARLA INFORMATIVA Y DEMOSTRATIVA SOBRE LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA, CON ENTREGA DE KIT	A) FICHA TÉCNICA DE DESARROLLO DE CAPACITACIÓN B) DISEÑO DE MATERIAL DIDÁCTICO APROBADO Y ENTREGADO C) REGISTRO DE ASISTENCIA Y FOTOGRÁFICO	**ANEXO 6:** FICHA TÉCNICA DE LAS ACTIVIDADES, REGISTRO DE ASISTENCIA Y FOTOGRÁFICO
7.	CANALIZACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD LAS MUJERES QUE ESTÉN EN LOS RANGO DE EDAD 11-17 AÑOS (ADOLESCENCIA), 18-28 AÑOS (JUVENTUD), 29-59 (ADULTEZ), MAYORES DE 60 AÑOS (VEJEZ)	A) FICHAS TÉCNICAS DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD B) AYUDAS DIDÁCTICAS C) DISEÑO DEL MATERIAL INFORMATIVO D) REGISTRO DE ASISTENCIA POR CURSO DE VIDA CON ENFOQUE DE GÉNERO, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTRO E) SOPORTE DE ENTREGA DEL MATERIAL INFORMATIVO REGISTRO	**ANEXO 7: A)** FICHAS TÉCNICAS DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD **B)** AYUDAS DIDÁCTICAS **C)** DISEÑO DEL MATERIAL INFORMATIVO **D)** REGISTRO DE ASISTENCIA POR CURSO DE VIDA CON ENFOQUE DE GÉNERO, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTRO **E) SOPORTE** DE ENTREGA DEL MATERIAL INFORMATIVO REGISTRO.
8.	ELABORAR INFORME FINAL CON TODAS LAS EVIDENCIAS Y EL ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA INFORMATIVA	A) DOCUMENTO DE INFORME FINAL.	**ANEXO: A)** DOCUMENTO DE INFORME FINAL

NOTA: Inserte las filas necesarias de acuerdo a sus actividades contractuales.

ENTRADA DE ALMACEN – SI APLICA
(Recuerde que todo contrato o convenio que incluya suministro de bienes debe tener el soporte de la entrada)

Fecha:	dd-mm-aaaa	No. Entrada:	###	Valor:	$000
Observaciones:	No aplica				

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS: En calidad de Contratista declaro bajo la gravedad de juramento, que las planillas y soportes adjuntos, cargados en el Secop, corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, para gestionar el pago del periodo. *(Recuerde que, las normas que regulan la retención en la fuente en materia tributaria y deducción de dichos aportes no han sido objeto de modificación, por lo tanto, si requiere bajar la base de retención en la fuente, las planillas deberán corresponder al periodo cobrado).*

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
APORTE A SALUD	Periodo de cotización	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	Fecha de pago	**29/11/2024**	**09/01/2025**
	N° de Planilla	**31729506**	**32141252**
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA
	EPS	NOMINA	NOMINA

República de Colombia Gobernación de Santander	INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA	CÓDIGO	AP-CCP-RG-15
		VERSIÓN	4
		FECHA DE APROBACIÓN	04/02/2025
		PÁGINA	4 de 4

TIPO DE APORTE	DETALLE	MES 1	MES 2
APORTE A PENSIÓN	Periodo de cotización	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	Fecha de pago	**29/11/2024**	**09/01/2025**
	N° de Planilla	**31729506**	**32141252**
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA
	Fondo de Pensiones	NOMINA	NOMINA
APORTE A.R.L.	Periodo de cotización	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
	Fecha de pago	**29/11/2024**	**09/01/2025**
	N° de Planilla	**31729506**	**32141252**
	Ingreso Base de Cotización	NOMINA	NOMINA
	Valor cotizado	NOMINA	NOMINA
	A.R.L.	NOMINA	NOMINA
PARAFISCALES	SENA	NOMINA	NOMINA
	I.C.B.F.	NOMINA	NOMINA
	Caja de Compensación	NOMINA	NOMINA
VALOR TOTAL PAGADO		**No aplica**	No aplica

Recuerde que si su planilla fue pagada fuera de los plazos establecidos los valores a registrar corresponden al total pagado incluyendo la mora.

Se firma para ~~tramite de pago, a los~~ 15 días del mes de junio de 2025

MANOSALVA AGUDELO MARIA VICTORIA
NOMBRE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO
IDENTIFICACION No. 800194328
CORREO: Gerencia@hospitalsanbartolome-santander.gov.co
TELEFONO DE CONTACTO: 3108104526

PLAN DE ACTIVIDADES

CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL SAN BARTOLOME
PERIODO NOVIEMBRE- DICIEMBRE
NÚMERO DE CONTRATO: CO1.PCCNTR.6911202
NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS

OBJETO DEL CONTRATO: REALIZAR ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE LA DIMENSIÓN VIDA SALUDABLE Y CONDICIONES NO TRANSMISIBLES INCLUIDAS BUCAL, VISUAL Y AUDITIVO EN ENTORNOS PRIORIZADOS EN SANTANDER."

N°	ACTIVIDAD	PRODUCTO	ANEXO	NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
				1	2	3	4	1	2	3	4
1	PRESENTAR PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A PARTIR DEL CUAL SE DARÁ CUMPLIMENTO A LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN QUE DEBE CONTENER	A) PLAN DE TRABAJO B) CRONOGRAMA MENSUAL APROBADO POR EL SUPERVISOR	**ANEXO 1:** PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA								
2	REALIZAR (1) UNA REUNIÓN EN EL MUNICIPIO CON EL SECRETARIO DE SALUD, COORDINADOR DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN, ACTORES DE INTERÉS CON EL FIN DE SOCIALIZAR LA ESTRATEGIA, CONCERTAR CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES A EJECUTAR Y ESTABLECER ALIANZAS INSTITUCIONALES, QUE PERMITAN LA ARTICULACIÓN Y EL ÉXITO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO	A) ACTA DE REUNIÓN CON CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES B) REGISTRO DE REUNIÓN, C) REGISTRO FOTOGRÁFICO	**ANEXO 2:** A) ACTA DE REUNIÓN CON CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES, REGISTRO DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRÁFICO								
3	REALIZACION DE ALIANZA CON LA ALCALDÍA MUNICIPAL E INSTITUCIONES MUNICIPALES PARA DEFINIR, LUGAR, FECHA, CANTIDAD DE MUJERES A INTERVENIR, MUNICIPIO	A) ACTA DE REUNIÓN	**ANEXO 3:** ACTA DE REUNIÓN, REGISTRO ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRÁFICO								
4	ORGANIZACIÓN, PLANEACION, DISEÑO DE STAND A INSTALAR, ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA A REALIZAR EN STAND, REALIZACION DE DISEÑO DE KITS A TENTREGAR (MINIMO 150 PERSONAS POR EVENTO) Y PEQUEÑO COMPARTIR	A) PROPUESTA MODELO DE STAND APROBADA POR LA SUPERVISORA B) REGISTRO FOTOGRÁFICO DE STAND INSTALADO C) LISTADO DE INSUMOS USADOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL STAND	**ANEXO 4:** PROPUESTA MODELO DE STAND APROBADA, REGISTRO FOTOGRÁFICO DE STAND INSTALADO, LISTADO DE INSUMOS USADOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL STAND								
5	INSTALAR UN PENDÓN CON MENSAJE INVITANDO A CONOCER LA ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE CÁNCER DE MAMA SOLO CON LOGOS INSTITUCIONALES DE LA GOBERNACIÓN DE SANTANDER- SECRETARIA DE SALUD.	A) PROPUESTA DE PENDÓN APROBADA POR EL SUPERVISOR B) REGISTRO FOTOGRÁFICO DE PENDÓN INSTALADO	**ANEXO 5:** PENDÓN APROBADO Y REGISTRO FOTOGRÁFICO DEL PENDÓN INSTALADO								

6	REALIZAR UNA CHARLA INFORMATIVA Y DEMOSTRATIVA SOBRE LA PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER DE MAMA, CON ENTREGA DE KIT	**A)** FICHA TÉCNICA DE DESARROLLO DE CAPACITACIÓN **B)** DISEÑO DE MATERIAL DIDÁCTICO APROBADO Y ENTREGADO **C)** REGISTRO DE ASISTENCIA Y FOTOGRÁFICO	**ANEXO 6:** FICHA TÉCNICA DE LAS ACTIVIDADES, REGISTRO DE ASISTENCIA Y FOTOGRÁFICO								
7	CANALIZACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD LAS MUJERES QUE ESTÉN EN LOS RANGO DE EDAD 11-17 AÑOS (ADOLESCENCIA), 18-28 AÑOS (JUVENTUD), 29-59 (ADULTEZ), MAYORES DE 60 AÑOS (VEJEZ)	**A)** FICHAS TÉCNICAS DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD **B)** AYUDAS DIDÁCTICAS **C)** DISEÑO DEL MATERIAL INFORMATIVO **D)** REGISTRO DE ASISTENCIA POR CURSO DE VIDA CON ENFOQUE DE GÉNERO, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTRO **E) SOPORTE** DE ENTREGA DEL MATERIAL INFORMATIVO REGISTRO	**ANEXO 7: A)** FICHAS TÉCNICAS DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD **B)** AYUDAS DIDÁCTICAS **C)** DISEÑO DEL MATERIAL INFORMATIVO **D)** REGISTRO DE ASISTENCIA POR CURSO DE VIDA CON ENFOQUE DE GÉNERO, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTRO **E) SOPORTE** DE ENTREGA DEL MATERIAL INFORMATIVO REGISTRO.								
8	ELABORAR INFORME FINAL CON TODAS LAS EVIDENCIAS Y EL ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA INFORMATIVA	**A)** DOCUMENTO DE INFORME FINAL.	**ANEXO: A)** DOCUMENTO DE INFORME FINAL								

MARIA VICTORIA MANOSALVA
GERENTE E.S.E HOSPITAL SAN BARTOLOME

MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS
SUPERVISORA

165

Gobernacion de Santander República de Colombia	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	CÓDIGO	MI-GS-RG-606
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	11/08/2022
		PÁGINA	1 DE 1

MES: NOVIEMBRE SUPERVISOR Y/O REFERENTE:MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Fecha:OCTUBRE 28	Fecha OCTUBRE 29	Fecha: OCTUBRE 30	Fecha:OCTUBRE 31	Fecha:NOVIEMBRE 1
				Actividad: ORGANIZACIÓN, PLANEACION, DISEÑO DE STAND A INSTALAR.
Fecha: NOVIEMBRE 4	Fecha: NOVIEMBRE 5	Fecha:NOVIEMBRE 6	Fecha:NOVIEMBRE 7	Fecha: NOVIEMBRE 8
	Actividad: ORGANIZACIÓN, PLANEACION, DISEÑO DE STAND A INSTALAR.	Actividad: ORGANIZACIÓN, PLANEACION, DISEÑO DE STAND A INSTALAR.	Actividad: ORGANIZACIÓN, PLANEACION, DISEÑO DE STAND A INSTALAR.	
Fecha: NOVIEMBRE 11	Fecha:NOVIEMBRE 12	Fecha:NOVIEMBRE 13	Fecha:NOVIEMBRE 14	Fecha: NOVIEMBRE 15
	Actividad: REALIZACION DE DISEÑO DE KITS A TENTREGAR	Actividad: REALIZACION DE DISEÑO DE KITS A TENTREGAR	Actividad: REALIZACION DE DISEÑO DE KITS A TENTREGAR	Actividad: REALIZACION DE DISEÑO DE KITS A TENTREGAR
Fecha: NOVIEMBRE 18	Fecha:NOVIEMBRE 19	Fecha: NOVIEMBRE 20	Fecha: NOVIEMBRE 21	Fecha: NOVIEMBRE 22
Actividad: REALIZACION DE DISEÑO DE KITS A TENTREGAR	Actividad: REALIZACION DE DISEÑO DE KITS A TENTREGAR	PRIMER DIA DE ACTIVIDAD, SE REALIZARA EN LAS INSTALACIONES DE LA E.S.E HOSPITAL SAN BARTOLOME LA CUAL FUE CONVOCADA POR MEDIO DE LAS REDES SOCIALES, SE RELIAZARA INSTALACION DE STAND, CHARLA DEMOSTRATIVA DE AUTOEXAMEN Y POSTURAS CORRECTAS A CARAGO DE PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE LA ESE, ENTREGA DE MATERIAL EDUCATIVO (KIT), COMPARTIR Y ACTIVIDADES LUDICAS CON CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD, ASISTENCIA MINIMA DE 150 MUJERES.	Actividad: SEGUIMIENTO A CANALIZACION REALIZADA EN EL STAND	Actividad: SEGUIMIENTO A CANALIZACION REALIZADA EN EL STAND
Fecha: NOVIEMBRE 25	Fecha: NOVIEMBRE 26	Fecha: NOVIEMBRE 27	Fecha: NOVIEMBRE 28	Fecha: NOVIEMBRE 29
Actividad: SEGUIMIENTO A CANALIZACION REALIZADA EN EL STAND	SEGUNDO DIA DE ACTIVIDAD, SE REALIZARA EN LA CASA DE LA CULTURA DEL MUNICIPIO, EN ARTICULACION CON LOS DIFERENTES ENTES DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO LA CUAL FUE CONVOCADA POR MEDIO DE LAS REDES SOCIALES, SE RELIAZARA INSTALACION DE STAND, CHARLA DEMOSTRATIVA DE AUTOEXAMEN Y POSTURAS CORRECTAS A CARAGO DE PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE LA ESE, ENTREGA DE MATERIAL EDUCATIVO (KIT), COMPARTIR Y ACTIVIDADES LUDICAS CON CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD, ASISTENCIA MINIMA DE 150 MUJERES.	Actividad: SEGUIMIENTO A CANALIZACION REALIZADA EN EL STAND	Actividad: SEGUIMIENTO A CANALIZACION REALIZADA EN EL STAND	Actividad: SEGUIMIENTO A CANALIZACION REALIZADA EN EL STAND

MARIA VICTORIA MANOSALVA AGUDELO
GERENTE HOSPITAL SAN BARTOLOME

Gobernación de Santander República de Colombia	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	CÓDIGO	MI-GS-R...-306
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	11/08/2022
		PÁGINA	1 DE 1

MES: DICIEMBRE **SUPERVISOR Y/O REFERENTE:MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS**

FUNCIONARIO Y/O CONTRATISTA: E.S.E HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO

LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
Fecha:DICIEMBRE 02	Fecha: DICIEMBRE 03	Fecha: DICIEMBRE 04	Fecha: DICIEMBRE 05	Fecha:DICIEMBRE 06
Actividad: SEGUIMIENTO A CANALIZACION REALIZADA EN EL STAND	Actividad: SEGUIMIENTO A CANALIZACION REALIZADA EN EL STAND	TERCER DIA DE ACTIVIDAD, SE REALIZARA EN EL PARQUE DEL MUNICIPIO Y SUS ARREDEDORES, DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO LA CUAL FUE CONVOCADA POR MEDIO DE LAS REDES SOCIALES, SE RELIAZARA INSTALACION DE STAND, CHARLA DEMOSTRATIVA DE AUTOEXAMEN Y POSTURAS CORRECTAS A CARAGO DE PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE LA ESE, ENTREGA DE MATERIAL EDUCATIVO (KIT), COMPARTIR Y ACTIVIDADES LUDICAS CON CANALIZACION AL SERVICIO DE SALUD, ASISTENCIA MINIMA DE 150 MUJERES.	Actividad: SEGUIMIENTO A CANALIZACION REALIZADA EN EL STAND	Actividad: SEGUIMIENTO A CANALIZACION REALIZADA EN EL STAND
Fecha:DICIMBRE 09	Fecha:DICIEMBRE 10	Fecha: DICIEMBRE 11	Fecha:DICIEMBRE 12	Fecha:DICIEMBRE13
Actividad: ELABORACION DE INFORME FINAL CON TODAS LAS EVIDENCIAS Y EL ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA INFORMATIVA QUE CONTENGA OBJETIVO, POBLACIÓN OBJETO, ASISTENCIA PROYECTADA Y ALCANZADA, ASPECTOS POSITIVOS, DE MEJORA, OPORTUNIDADES Y OBSERVACIONES, ANÁLISIS DE LAS EVALUACIONES APLICADAS.	Actividad: ELABORACION DE INFORME FINAL CON TODAS LAS EVIDENCIAS Y EL ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA INFORMATIVA QUE CONTENGA OBJETIVO, POBLACIÓN OBJETO, ASISTENCIA PROYECTADA Y ALCANZADA, ASPECTOS POSITIVOS, DE MEJORA, OPORTUNIDADES Y OBSERVACIONES, ANÁLISIS DE LAS EVALUACIONES APLICADAS.	Actividad: ELABORACION DE INFORME FINAL CON TODAS LAS EVIDENCIAS Y EL ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA INFORMATIVA QUE CONTENGA OBJETIVO, POBLACIÓN OBJETO, ASISTENCIA PROYECTADA Y ALCANZADA, ASPECTOS POSITIVOS, DE MEJORA, OPORTUNIDADES Y OBSERVACIONES, ANÁLISIS DE LAS EVALUACIONES APLICADAS.	Actividad: ELABORACION DE INFORME FINAL CON TODAS LAS EVIDENCIAS Y EL ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA INFORMATIVA QUE CONTENGA OBJETIVO, POBLACIÓN OBJETO, ASISTENCIA PROYECTADA Y ALCANZADA, ASPECTOS POSITIVOS, DE MEJORA, OPORTUNIDADES Y OBSERVACIONES, ANÁLISIS DE LAS EVALUACIONES APLICADAS.	Actividad: ELABORACION DE INFORME FINAL CON TODAS LAS EVIDENCIAS Y EL ANÁLISIS DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA INFORMATIVA QUE CONTENGA OBJETIVO, POBLACIÓN OBJETO, ASISTENCIA PROYECTADA Y ALCANZADA, ASPECTOS POSITIVOS, DE MEJORA, OPORTUNIDADES Y OBSERVACIONES, ANÁLISIS DE LAS EVALUACIONES APLICADAS.
Fecha:DICIEMBRE 16	Fecha:DICIEMBRE 17	Fecha:DICIEMBRE 18	Fecha: DICIEMBRE 19	Fecha:DICIEMBRE 20
Fecha:DICIEMBRE 23	Fecha:DICIEMBRE 24	Fecha:DICIEMBRE 25	Fecha: DICIEMBRE 26	Fecha:DICIEMBRE 27
Fecha:30 DICIEMBRE	Fecha:31 DICIEMBRE			

0

MARIA VICTORIA MANOSALVA AGUDELO
GERENTE HOSPITAL SAN BARTOLOME

Republica de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 6

ACTA No. 001

Fecha: 11/11/2024 **Hora:** 9:00 A.M **Lugar:**

Orden del día	
1.	socializar la estrategia de información en prevención cáncer de mama en entorno comunitario área urbana con adolescentes, juventud y adultez
2.	establecer cronograma para la ejecución de la estrategia de información en prevención cáncer de mama en entorno comunitario área urbana con adolescentes, juventud y adultez
3.	establecer coordinar y concertar donde como y cuando se desarrollara estrategia de información en prevención cáncer de mama en entorno comunitario area Urbana con adolescentes, juventud y adultes

Desarrollo de la Reunión

Siendo las 9:00 a.m. de del 07 de noviembre de 2024, se reúnen en la sala de juntas del municipio de capitanejo Santander, la secretaria de salud municipal, la jefe de enfermería del ESE hospital san Bartolomé, la trabajadora social del hospital san Bartolomé, las enfermeras y la psicóloga de la secretaria de salud del municipio, la comisaria de familia, el personero municipal, con el fin de socializar y concertar las actividades a desarrollar en el **PROGRAMA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y GESTIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES EN SANTANDER.**

Por parte de la gerente del ESE centro de salud se informa que las actividades a desarrollar son las siguientes:

- Presentar plan de trabajo y cronograma de actividades a partir del cual se dará cumplimento a la estrategia de información que debe contener: Identificación de cada una de las actividades, fecha de ejecución de la actividad, actividad a desarrollar, población intervenida, metodología de la actividad, lugar de la actividad y número de personas a intervenir. **Producto**: **a)** plan de trabajo **b)** cronograma mensual aprobado por el supervisor
- Realizar (1) una reunión en el municipio con el secretario de salud, coordinador de promoción y prevención, actores de interés donde se va desarrollar la estrategia de información y supervisor, con el fin socializar la estrategia, concertar cronogramas de actividades a ejecutar y establecer alianzas institucionales, que permitan la articulación y el éxito en el desarrollo de las actividades del proyecto **Producto:** **a)** acta de reunión con concertación de actividades **b)**registro de reunión, **c)**registro fotográfico.
- Se debe realizar alianza con la Alcaldía municipal para definir el evento donde se va desarrollar la estrategia de información, el cual debe tener mínimo las siguientes características: ser planeado con antelación, este debe congregar a número significativo de personas (todos los cursos de vida) del municipio (urbano-rural), tener mínimo duración de tres días , el stand que disponga para la estrategia debe estar en una ubicación de fácil acceso y visible, entre otras cualidades **Producto:** **a)** acta de reunión

- Para la estrategia de información se instalara un stand con información de Prevención de cáncer de mama que deberá buscar la atención de las personas , ofrecer un espacio para brindar información de prevención de cáncer de mama, donde se podrá realizar demostración del autoexamen y aclarar dudas a las personas que visiten el stand, para cumplir con estas condiciones el stand deberá contar: mesa de registro para las personas que reciban la información, lograr que los visitantes ingresen y realicen la visualización de cómo se realiza autoexamen y posterior a las indicaciones que los asistentes practiquen las posturas y posiciones correctas de realización autoexamen de mama y que identifiquen las señales de alarma .Tamaño stand mínimo debe ser 3x4.5 metros , que proteja de la sol y la lluvia si el evento es al aire libre, su decoración debe ser innovadora, llamativa y en la temática rosada asociada a prevención de cáncer de mama , y sillas para el descanso de las personas que requerían recibir la información. **Producto: a)** Propuesta modelo de stand aprobada por la supervisora **b)** registro fotográfico de stand instalado **c)** listado de insumos usados para la puesta en marcha del stand
- Instalar un pendón, con mensaje invitando a conocer la estrategia de prevención de cáncer de mama solo con logos institucionales de la gobernación de Santander-Secretaría de salud los cuales serán entregados por el supervisor. **Producto: a)** Propuesta de pendón aprobada por el supervisor **b)** registro fotográfico de pendón instalado
- La estrategia de información se realizará: 1. Charla informativa y demostrativa que estará a cargo de un profesional de enfermería que cuente con el entrenamiento y destreza en impartir educación a los participantes. 2. Entrega de material informativo en kit el cual debe tener estas características: educativo didáctico, durable, resistente, tener una presentación atractiva para los participantes, favorecer el desarrollo del conocimiento en prevención de cáncer de mama solo con logos institucionales de la gobernación de Santander-Secretaría de Salud los cuales serán entregados por el supervisor. Se debe realizar la entrega de mínimo de 150 kits por cada día de evento. **Producto: a)** Fichas técnicas de desarrollo de capacidades que debe contener: estructuración de la información , alcance, objetivos, contenidos, modalidad, metodología **b)** ayudas didácticas para realizar la enseñanza del autoexamen **c)** Diseño del material informativo entregado que debe ser aprobado por el supervisor **d)** registro de asistencia por curso de vida con enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro este será entregado por el supervisor e cual se debe diligenciar en físico y digital **e)** soporte de entrega del material informativo registro.
- Se debe buscar que reciban la información y lograr la canalización a los servicios de salud las mujeres que estén en los rango de edad 11-17 años (adolescencia), 18-28 años (Juventud), 29-59 (adultez), mayores de 60 años (Vejez) .Para ello se debe medir el número de personas que recibieron la información y de ellas cuantas fueron canalizadas y tamizadas en el examen de mama y mamografía según aplique(mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama en el último año y mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años) , la medición de la actividad se realizara según indicadores entregados por el supervisor. **Producto: a)** registro de asistencia por curso de vida con enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro este será entregado por la referente de la

dimensión en físico y digital **b).** seguimiento de canalización y tamización para prevención de cáncer de mama en plantilla de indicadores entregada

- Las actividades de información debe ser liderada por profesional de enfermería con habilidades en manejo de la comunidad y que certifique actualización del curso de prevención y detección de cáncer de mama, deberá estar acompañado de mínimo una auxiliar de enfermería para la atención del stand .Las hojas de vida deben ser presentadas al supervisor antes de presentar el cronograma **Producto: a)** hojas de vida de profesional de enfermería con los soportes requeridos(curso en prevención de cáncer de mama) **b)** hoja de vida de la auxiliar de enfermería.
- Cada beneficiado debe contar con la autorización de los padres de familia si son menores de edad para participar en proceso informativo y permiso de autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental **Producto: a)** consentimiento informado firmado por los padres del beneficiado **b)** autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental
- Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia informativa que contenga objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones, análisis de las evaluaciones aplicadas **Producto: a)**documento de Informe final.
- Participar en las reuniones periódicas (mínimo 1 mensual) convocadas por el supervisor con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato/convenio. **Producto: a)** acta realizada por el supervisor **b)** registro de asistencia.

Además, se informa que por el impacto que debe tener esta actividad, esta se debe realizar en eventos masivos que al menos dure mas de tres días, por esta razón se establece que a actividad se desarrollara durante las fiestas patronales del municipio de san miguel las cuales serán del 25 de septiembre a 30 de septiembre de 2024.

Además, se informa que se deberán hacer entrega de unos kist por lo cual se propone, una tasa con labial esmalte pinta uñas y mensaje de prevención de cáncer de seno por lo cual la gerente informa que se estudiaran costos para determinar que se entregara.

Adamas se informa que el pendón debe ser enviado para la aprobación por parte de la secretaria de salud departamental que este debe solo llevar los logos de la gobernación y secretaria de salud de Santander.

Se informa además que el stan debe ser didáctico y que debe estar los tres días de la actividad, que se debe intervenir y canalizar los servicios de salud las mujeres que estén en los rango de edad 11-17 años (adolescencia), 18-28 años (Juventud), 29-59 (adultez), mayores de 60 años (Vejez)

Se anexa cronograma establecido

NO.	ACTIVIDAD	PRODUCTO	ANEXO	NOVIEMBRE 1	2	3	4	DICIEMBRE 1	2	3	4
1	PRESENTAR PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A PARTIR DEL CUAL SE DARA CUMPLIMIENTO A LA ESTRATEGIA DE INFORMACION QUE DEBE CONTENER	A) PLAN DE TRABAJO B) CRONOGRAMA MENSUAL APROBADO POR EL SUPERVISOR	ANEXO 1: PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA								
2	REALIZAR (1) UNA REUNION EN EL MUNICIPIO CON EL SECRETARIO DE SALUD, COORDINADOR DE PROMOCION Y PREVENCION, ACTORES DE INTERES CON EL FIN DE SOCIALIZAR LA ESTRATEGIA, CONCERTAR CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES A EJECUTAR Y ESTABLECER ALIANZAS INSTITUCIONALES, QUE PERMITAN LA ARTICULACION Y EL EXITO EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO	A) ACTA DE REUNION CON CONCERTACION DE ACTIVIDADES B) REGISTRO DE REUNION C) REGISTRO FOTOGRAFICO	ANEXO 2: A) ACTA DE REUNION CON CONCERTACION DE ACTIVIDADES, REGISTRO DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRAFICO								
3	REALIZACION DE ALIANZA CON LA ALCALDIA MUNICIPAL E INSTITUCIONES MUNICIPALES PARA DEFINIR LUGAR, FECHA, CANTIDAD DE MUJERES A INTERVENIR MUNICIPIO	A) ACTA DE REUNION	ANEXO 3. ACTA DE REUNIÓN, REGISTRO ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRAFICO								
4	ORGANIZACIÓN, PLANEACIÓN, DISEÑO DEL STAND A INSTALAR, ORGANIZACION DEL PROGRAMA A REALIZAR EN STAND, REALIZACION DE DISEÑO DE KITS A ENTREGAR (MINIMO 100 PERSONAS POR EVENTO) Y PEQUEÑO COMPARTIR	A) PROPUESTA MODELO DE STAND APROBADA POR LA SUPERVISORA B) REGISTRO FOTOGRAFICO DE STAND INSTALADO C) LISTADO DE INSUMOS USADOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL STAND	ANEXO 4: PROPUESTA MODELO DE STAND APROBADA, REGISTRO FOTOGRAFICO DE STAND INSTALADO, LISTADO DE INSUMOS USADOS PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL STAND								
5	REALIZAN UN PENDON CON DETALLE INVITANDO A CONOCER LA ESTRATEGIA DE PREVENCION DE CANCER DE MAMA TOLO CON LOGOS INSTITUCIONALES DE LA COORDINACION DEL SANTANDER- SECRETARIA DE SALUD	A) PROPUESTA DE PENDON APROBADA POR EL SUPERVISOR B) REGISTRO FOTOGRAFICO DE PENDON INSTALADO	ANEXO 5: PENDÓN APROBADO Y REGISTRO FOTOGRAFICO DEL PENDON INSTALADO								
6	REALIZAR UNA CHARLA INFORMATIVA Y DEMOSTRATIVA SOBRE LA PREVENCION Y DETECCION TEMPRANA DEL CANCER DE MAMA CON ENTREGA DE KIT	A) FICHA TECNICA DE DESARROLLO DE CAPACITACION B) DISEÑO DE MATERIAL DIDACTICO APROBADO Y ENTREGADO C) REGISTRO DE ASISTENCIA Y FOTOGRAFICO	ANEXO 6: FICHA TECNICA DE LAS ACTIVIDADES, REGISTRO DE ASISTENCIA Y FOTOGRAFICO								
7	CANALIZACION A LOS SERVICIOS DE SALUD LAS MUJERES QUE ESTEN EN LOS RANGO DE EDAD 11-17 AÑOS (ADOLESCENCIA), 18-28 AÑOS (JUVENTUD), 29-59 (ADULTEZ), MAYORES DE 60 AÑOS (VEJEZ)	A) FICHAS TECNICAS DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD B) AYUDAS DIDACTICAS C) DISEÑO DEL MATERIAL INFORMATIVO D) REGISTRO DE ASISTENCIA POR CURSO DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTRO E) SOPORTE DE ENTREGA DEL MATERIAL INFORMATIVO REGISTRO	ANEXO 7: A) FICHAS TECNICAS DE DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD B) AYUDAS DIDACTICAS C) DISEÑO DEL MATERIAL INFORMATIVO D) REGISTRO DE ASISTENCIA POR CURSO DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL, DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTRO E) SOPORTE DE ENTREGA DEL MATERIAL INFORMATIVO REGISTRO								
8	ELABORAR INFORME FINAL CON TODAS LAS EVIDENCIAS Y EL ANALISIS DEL DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA INFORMATIVA	A) DOCUMENTO DE INFORME FINAL	ANEXO: A) DOCUMENTO DE INFORME FINAL								

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Participación por parte de la secretaria de salud municipal los días de la actividad	Desde el 07 de noviembre	LEIDY GRANADOS GELVES
Realizar las diferentes gestiones para lo compra de los kist	20 de noviembre 28 de noviembre 04 de diciembre	MARIA VICTORIA MANOSALVA AGUDELO (HOSPITAL SAN BARTOLOME)

Siendo las 12:00 (p.m.), se levanta la reunión en constancia se anexa el registro de reunión del 07 de noviembre de 2024 con la firma de los asistentes.

MARIA VICTORIA MANOSALVA AGUDELO
GERENTE HOSPITAL SAN BARTOLOME

LEIDY GRANADOS GELVES
SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO

Republica de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	5 de 6

ANEXO: (evidencia fotográfica)





Republica de Colombia Gobernación antander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 5

ACTA No.003

Fecha:	13/11/2024	Hora:	10:00 A.M	Lugar:	Despacho alcaldía municipal de capitanejo

Orden del día	
1.	Saludo de parte del señor alcalde del municipio de capitanejo
2.	socialización al señor alcalde la estrategia de información en prevención cáncer de mama en entorno comunitario área urbana con adolescentes, juventud y adultez.
3.	Realizar alianza de donde, como y cuando se realizara la estrategia de información en prevención cáncer de mama en entorno comunitario área urbana con adolescentes, juventud y adultez.

Desarrollo de la Reunión

Siendo las 10:00 a.m. de del 13 de noviembre de 2024, se reúnen en el despacho del alcalde, el ingeniero Jaime Sepúlveda alcalde del municipio, doctora leidy granados Gelves secretaria de salud municipal, el apoyo en salud de la secretaria, la doctora Alejandra secretaria de gobierno y las personas designadas por la E.S.E hospital san Bartolomé para realizar la estrategia de prevención en salud, con el fin de llegar a una concertación en cuanto los días para realizar la **ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ.**

Por parte de la E.S.E hospital san Bartolomé se informa que las actividades a desarrollar son las siguientes:

- Presentar plan de trabajo y cronograma de actividades a partir del cual se dará cumplimento a la estrategia de información que debe contener: Identificación de cada una de las actividades, fecha de ejecución de la actividad, actividad a desarrollar, población intervenida, metodología de la actividad, lugar de la actividad y número de personas a intervenir. **Producto**: **a)** plan de trabajo **b)** cronograma mensual aprobado por el supervisor
- Realizar (1) una reunión en el municipio con el secretario de salud, coordinador de promoción y prevención, actores de interés donde se va desarrollar la estrategia de información y supervisor, con el fin socializar la estrategia, concertar cronogramas de actividades a ejecutar y establecer alianzas institucionales, que permitan la articulación y el éxito en el desarrollo de las actividades del proyecto **Producto:** **a)** acta de reunión con concertación de actividades **b)**registro de reunión, **c)**registro fotográfico.
- Se debe realizar alianza con la Alcaldía municipal para definir el evento donde se va desarrollar la estrategia de información, el cual debe tener mínimo las siguientes características: ser planeado con antelación, este debe congregar a número significativo de personas (todos los cursos de vida) del municipio (urbano-rural), tener mínimo duración de tres días , el stand que disponga para la estrategia debe estar en una ubicación de fácil acceso y visible, entre otras cualidades **Producto:** **a)** acta de reunión
- Para la estrategia de información se instalara un stand con información de Prevención de cáncer de mama que deberá buscar la atención de las

personas , ofrecer un espacio para brindar información de prevención de cáncer de mama, donde se podrá realizar demostración del autoexamen y aclarar dudas a las personas que visiten el stand, para cumplir con estas condiciones el stand deberá contar: mesa de registro para las personas que reciban la información, lograr que los visitantes ingresen y realicen la visualización de cómo se realiza autoexamen y posterior a las indicaciones que los asistentes practiquen las posturas y posiciones correctas de realización autoexamen de mama y que identifiquen las señales de alarma .Tamaño stand mínimo debe ser 3x4.5 metros , que proteja de la sol y la lluvia si el evento es al aire libre, su decoración debe ser innovadora, llamativa y en la temática rosada asociada a prevención de cáncer de mama , y sillas para el descanso de las personas que requerían recibir la información. **Producto: a)** Propuesta modelo de stand aprobada por la supervisora **b)** registro fotográfico de stand instalado **c)** listado de insumos usados para la puesta en marcha del stand

- Instalar un pendón, con mensaje invitando a conocer la estrategia de prevención de cáncer de mama solo con logos institucionales de la gobernación de Santander-Secretaría de salud los cuales serán entregados por el supervisor. **Producto: a)** Propuesta de pendón aprobada por el supervisor **b)** registro fotográfico de pendón instalado
- La estrategia de información se realizará: 1. Charla informativa y demostrativa que estará a cargo de un profesional de enfermería que cuente con el entrenamiento y destreza en impartir educación a los participantes. 2. Entrega de material informativo en kit el cual debe tener estas características: educativo didáctico, durable, resistente, tener una presentación atractiva para los participantes, favorecer el desarrollo del conocimiento en prevención de cáncer de mama solo con logos institucionales de la gobernación de Santander-Secretaría de Salud los cuales serán entregados por el supervisor. Se debe realizar la entrega de mínimo de 150 kits por cada día de evento. **Producto: a)** Fichas técnicas de desarrollo de capacidades que debe contener: estructuración de la información , alcance, objetivos, contenidos, modalidad, metodología **b)** ayudas didácticas para realizar la enseñanza del autoexamen **c)** Diseño del material informativo entregado que debe ser aprobado por el supervisor **d)** registro de asistencia por curso de vida con enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro este será entregado por el supervisor e cual se debe diligenciar en físico y digital **e)** soporte de entrega del material informativo registro.
- Se debe buscar que reciban la información y lograr la canalización a los servicios de salud las mujeres que estén en los rango de edad 11-17 años (adolescencia), 18-28 años (Juventud), 29-59 (adultez), mayores de 60 años (Vejez) .Para ello se debe medir el número de personas que recibieron la información y de ellas cuantas fueron canalizadas y tamizadas en el examen de mama y mamografía según aplique(mujeres entre 40 y 69 años tamizadas con examen clínico de la mama en el último año y mujeres entre 50 y 69 años tamizadas para cáncer de mama con mamografía en los últimos dos años) , la medición de la actividad se realizara según indicadores entregados por el supervisor. **Producto: a)** registro de asistencia por curso de vida con enfoque de género, diferencial, de contexto, cultural y otro este será entregado por la referente de la dimensión en físico y digital **b).** seguimiento de canalización y tamización para prevención de cáncer de mama en plantilla de indicadores entregada

- Las actividades de información debe ser liderada por profesional de enfermería con habilidades en manejo de la comunidad y que certifique actualización del curso de prevención y detección de cáncer de mama, deberá estar acompañado de mínimo una auxiliar de enfermería para la atención del stand .Las hojas de vida deben ser presentadas al supervisor antes de presentar el cronograma **Producto: a)** hojas de vida de profesional de enfermería con los soportes requeridos(curso en prevención de cáncer de mama) **b)** hoja de vida de la auxiliar de enfermería.
- Cada beneficiado debe contar con la autorización de los padres de familia si son menores de edad para participar en proceso informativo y permiso de autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental **Producto: a)** consentimiento informado firmado por los padres del beneficiado **b)** autorización de uso de derechos de imagen sobre fotografías y producciones audiovisuales (videos) y de propiedad intelectual otorgado a la Secretaría de Salud Departamental
- Elaborar informe final con todas las evidencias y el análisis del desarrollo de la estrategia informativa que contenga objetivo, población objeto, asistencia proyectada y alcanzada, aspectos positivos, de mejora, oportunidades y observaciones, análisis de las evaluaciones aplicadas **Producto: a)**documento de Informe final.
- Participar en las reuniones periódicas (mínimo 1 mensual) convocadas por el supervisor con el fin de propender el cumplimiento a los términos establecidos en el contrato/convenio. **Producto: a)** acta realizada por el supervisor **b)** registro de asistencia.

Revisando las actividades se define con el señor alcalde municipal JAIME ANTONIO SEPULVEDA, que la actividad será realizada durante los días 20, 28 de noviembre a las afueras del hospital san Bartolomeo y el dia 04 diciembre en la casa de la cultura del municipio con el fin de dar cumplimiento a la población requerida, donde se ubicara el stan y todo lo necesario para llevar a cabo la actividad de **PROGRAMA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ.**

COMPROMISOS

Actividad	Fecha de Cumplimiento	Responsable
Compra de kits	De inmediato	MARIA VICTORIA MANOSALVA AGUDELO (GERENTE HOSPITAL)
Adecuar un espacio en la casa de la cultura para el stan	04 de diciembre	LEIDY GRANADOS GELVES (SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL)

Republica de Colombia Gobernac antander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	18/08/2017
		PÁGINA	4 de 5

Siendo las 11:30 A.M, se levanta la reunión y en constancia se anexa el acta de la reunión del 11 de noviembre de 2024.

FIRMA

MARIA VICTORIA MANOSALVA
GERENTE ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO
Quien lidera la Reunión

LEIDY GRANADOS GELVES SECRETARIA DE SALUD DEL MUNICIPIO
Quien proyecta el Acta





Republica de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 2

Capitanejo 07 de noviembre de 2024

Doctora
MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS
Supervisora
Secretaria de salud departamental

ASUNTO: PRESENTACION PROPUESTA STAN PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ.

Danto cumplimiento a la actividad numero 5 (instalar un pendón, con mensaje invitando a conocer la estrategia de prevención de cáncer de mama solo con logos institucionales de la gobernación de Santander-Secretaría de salud los cuales serán entregados por el supervisor), del contrato CO1.PCCNTR.6911202, correspondiente al **PROGRAMA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ**, se hace la siguiente propuesta de parte de la ese centro de salud San Bartolomé de capitanejo el cual sería un STAN, el cual contiene información sobre que es el cáncer de mama, síntomas y recomendaciones para la prevención con las siguientes características:

el stand deberá contar: mesa de registro para las personas que reciban la información, lograr que los visitantes ingresen y realicen la visualización de cómo se realiza autoexamen y posterior a las indicaciones que los asistentes practiquen las posturas y posiciones correctas de realización autoexamen de mama y que identifiquen las señales de alarma .Tamaño stand mínimo debe ser 3x4.5 metros , que proteja de la sol y la lluvia si el evento es al aire libre, su decoración debe ser innovadora, llamativa y en la temática rosada asociada a prevención de cáncer de mama , y sillas para el descanso de las personas que requerían recibir la información:









178

LISTA DE MATERIALES

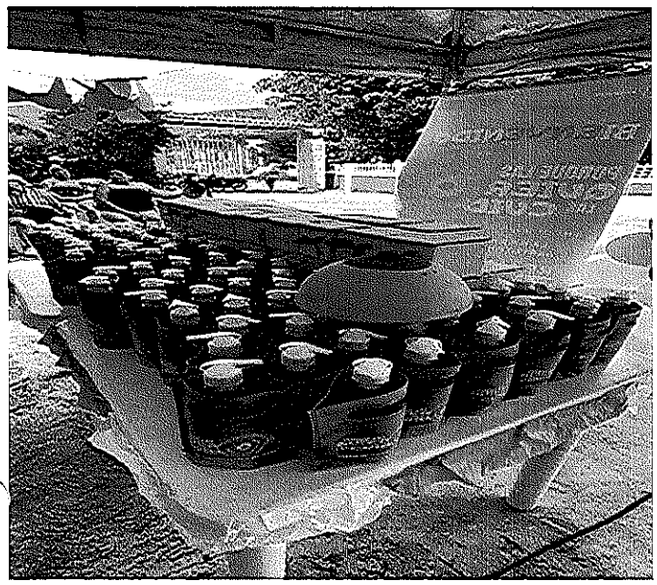
PASA CALLE CON MENSAJE PREVENCION CANCER DE SENO
PENDON CON MENSAJE Y SINTOMAS DEL CANCER DE MAMA
SENOS EN ICOPOR
INFOGRAFIAS CON DIFERENTE INFORMACION PREVENCION CANCER DE SENO
SILLAS
ESPEJO
CAMISAS MENSAJE PREENCION CANCER DE MAMA
CARPA HOSPITAL
MESA CON KITS
MESAS
PALABRA CUIDATE DE ICOPOR
BOMBAS

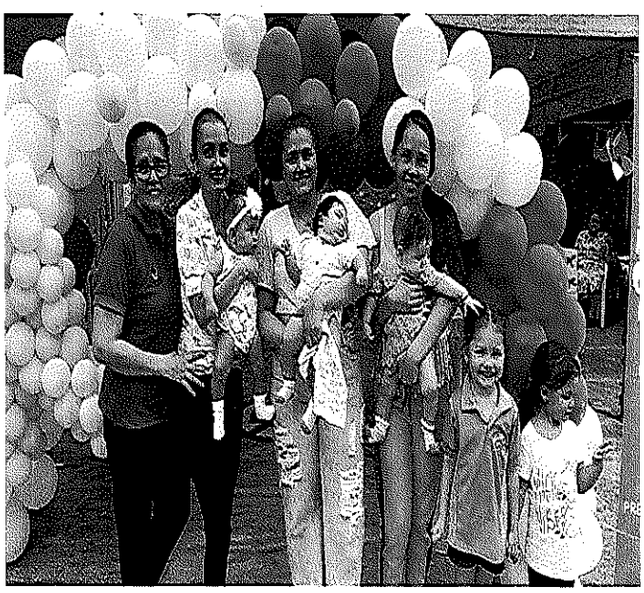
MARIA VICTORIA MANOSALVA AGUDELO
GERENTE HOSPITAL SAN BARTOLOME

MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS
SUPERVISORA SECRETARIA DE SALUD

Republica de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	18/08/2017
		PÁGINA	1 de 3

REGISTRO FOTOGRAFICO STAN INSTALADO

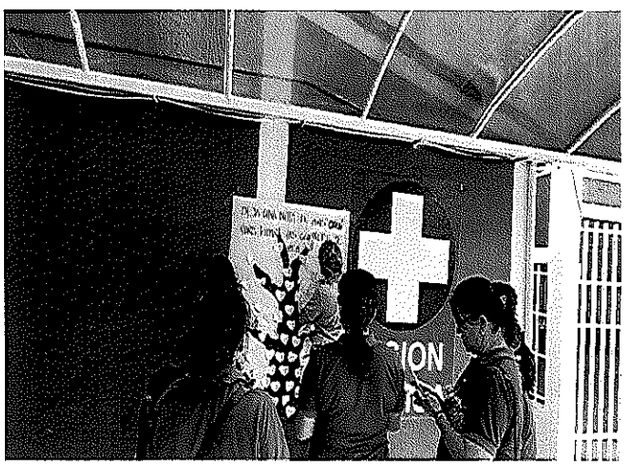

















MISION
MEDICA




AMBULA



Republica de Colombia Gobernación de Santander	ACTA	CÓDIGO	AP-AI-RG-111
		VERSIÓN	5
		FECHA DE APROBACIÓN	16/08/2017
		PÁGINA	1 de 1

LISTA DE MATERIALES STAN

PASA CALLE CON MENSAJE PREVENCION CANCER DE SENO
PENDON CON MENSAJE Y SINTOMAS DEL CANCER DE MAMA
SENOS EN ICOPOR
INFOGRAFIAS CON DIFERENTE INFORMACION PREVENCION CANCER DE SENO
SILLAS
ESPEJO
CAMISAS MENSAJE PREENCION CANCER DE MAMA
CARPA HOSPITAL
MESA CON KITS
MESAS
PALABRA CUIDATE DE ICOPOR
BOMBAS

MARIA VICTORIA MANOSALVA AGUDELO
GERENTE HOSPITAL CAPITANEJO

Capitanejo 07 de noviembre de 2024

Doctora
MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS
Supervisora
Secretaria de salud departamental

ASUNTO: PRESENTACION PROPUESTA PENDON PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ.

Danto cumplimiento a la actividad numero 05 (instalar un pendón, con mensaje invitando a conocer la estrategia de prevención de cáncer de mama solo con logos institucionales de la gobernación de Santander-Secretaria de salud los cuales serán entregados por el supervisor), del contrato CO1.PCCNTR.6911202, correspondiente al **PROGRAMA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ**, se hace la siguiente propuesta departe de la E.S.E Hospital San Bartolome de capitanejo el cual sería un PENDON DE BIENVENIDA, con mensajes alusivos a la prevención del cáncer de mama.





MARIA VICTORIA MANOSALVA AGUDELO
GERENTE HOSPITAL SAN BARTOLOME

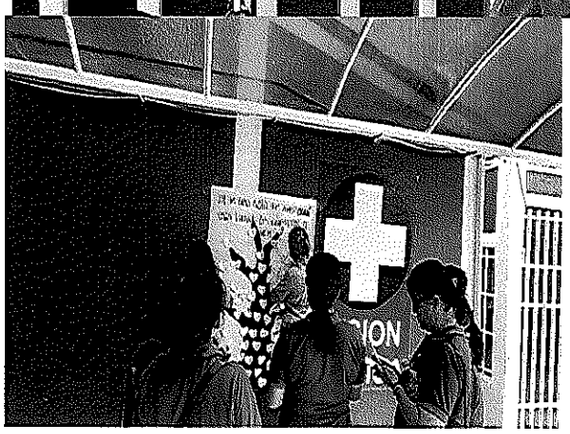
Republica de Colombia Gobernación de Santander	FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	CÓDIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	1 de 10

FICHA TECNICA #1	
1.Hora:	8-.30 am a 12:30 p.m
2.Fecha de realización:	20 de noviembre de 2024
3.Participantes:	población capitanejana
5.Lugar:	Hospital san Bartolomé
6.Tema:	CANCER DE MAMA

7. Desarrollo de la actividad

Siendo las 8:30 a.m del dia 20 de noviembre en el parqueadero del hospital san Bartolomé se da inicio a la actividad PREVENCION CANCER DE MAMA, previa concertación de la actividad con la secretaria de salud departamental. Se instala el STAN el cual conta de la carpa principal que tiene el pendón, los kits, una mesa informativa con senos artificiales con los diferentes signos de alarma, infografías sobre que es el cáncer de mama, como prevenir el cáncer de mama, la importancia del realizarse el auto examen y tratamiento.

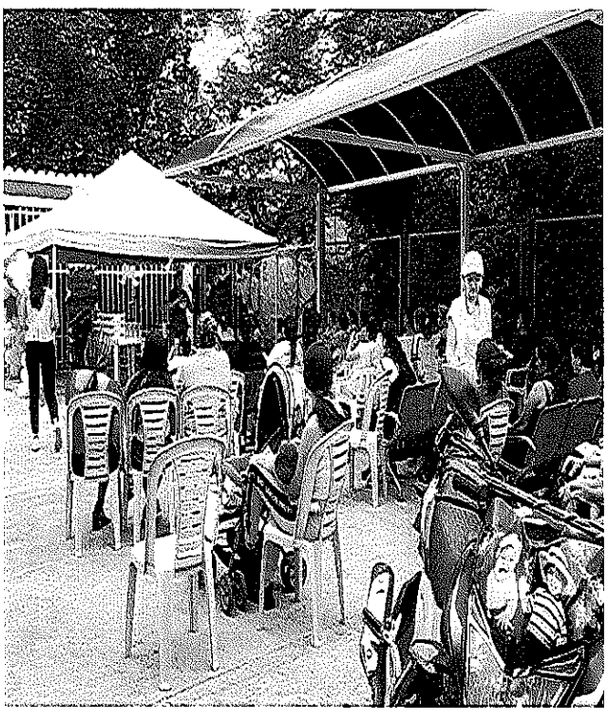














Durante toda la jornada de educacion se hablan a los diferentes cursos de vidad que participaran del stan, donde la JEFE DE ENFERMERIA a cargo con apoyo de dos auxiliares de enfermeria, proceden a ejecutar los mudulos:

Republica de Colombia Gobernación de Santander	FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	CÓDIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	2 de 10

Nombre del Módulo	Objetivo específico y contenidos	Conferencista
Módulo 1:que es el cáncer de mama y situación actual en Colombia	**Objetivos:** -Reconocer La Magnitud De La Situación De Cáncer De Mama En Colombia - Saber Que Es La Enfermedad De Cáncer De Mama **Contenidos:** -Incidencia De Cáncer De Mama En El Mundo -Que Es El Cáncer De Mama	Jefe de enfermería
Módulo 2 factores de riesgo del cáncer de mama	**Objetivos:** **-Identificar Los Factores De Riesgos Para Estar Alertas Frente A La Enfermedad De Cáncer De Mama** **Contenidos:** -Factores De Riesgo Que Puedo Cambiar Factores De Riesgo Que No Puedo Cambiar	Jefe de enfermería
Módulo 3 Signos y síntomas del cáncer de mama	Objetivos: -Identificar Los Signos De Alarma Frente A La Enfermedad De Cáncer De Mama - Conocer Los Síntomas Que Puede Presentar La Enfermedad De Cáncer De Detectar De Manera Temprana Los Cambio O Síntomas Del Cáncer De Mama En Las Mujeres capitanejanas Mama CONTENIDOS: -Signos De Alarma Cáncer De Mama -Síntomas Cáncer De Mama	Jefe de enfermería
Módulo 4 Pruebas y exámenes	Objetivos: -Conocer Y Saber Como Y Cuando Debo Hacerme La Mamografía - Conocer Y Saber Cómo Y Cuando Debo Hacerme El Autoexamen **CONTENIDO:** -Que Es La Mamografía -Cuando Debo Hacerme Una Mamografía Que Es El Autoexamen -Cuando Debo Hacerme El Autoexamen -Condiciones Para Realizarme El Autoexamen	Jefe de enfermería
Modulo 5 Tratamiento para e cáncer de mama	Objetivos: -que las mujeres de capitanejo conozcas el tratamiento y los pasos a seguir una vez diagnosticadas con cáncer de mama -resaltar que el cáncer de mama tiene cura una vez se detecte a tiempo **CONTENIDO:** -tratamiento cáncer de mama	Jefe de enfermería

Modulo 7 Realizar tamizaje a la población capitanejana	OBJETIVOS: -que las mujeres de capitanejo familiaricen con sus senos para detectar rápidamente cualquier cambio en ellos como un bulto, enrojecimiento o secreción anormal del pezón. CONTENIDO: Realizarse el autoexamen con la jefe de enfermería	Jefe de enfermería

MODULO 1: QUE ES EL CÁNCER Y SITUACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN COLOMBIA

El cáncer de mama es la proliferación anormal y desordenada de células mamarias malignas que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor dentro de la mama, el cual tiene la capacidad de invadir a otros órganos. Se considera la primera causa de enfermedad y muerte por cáncer entre las mujeres colombianas. También se presenta en menor número en hombres.

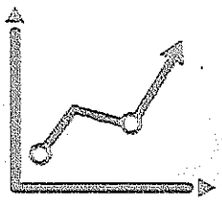
Para Colombia, el cáncer de mama es el principal cáncer del país, con 13 376 casos nuevos en 2018 (tasa de incidencia de 63,9 casos por cada 100 000 mujeres mayores de 15 años) y es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres con una tasa de 17,2 muertes por cada 100 000 habitantes (7).

El cáncer de mama es un problema de salud pública que va en aumento a nivel nacional y mundial. Es considerado la principal causa de incidencia y mortalidad por cáncer en las mujeres en Colombia y en la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe; por lo que se hace necesario reforzar los mensajes sobre los modos, condiciones y estilos de vida, autocuidado, tamización, signos y síntomas asociados a esta enfermedad, y la importancia de acudir a los servicios de salud oportunamente.

1 de cada 8 mujeres puede desarrollar cáncer de mamá durante su vida



El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente y la causa más común de muerte en mujeres a nivel mundial. Se origina cuando las células mamarias comienzan a crecer sin control formando un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una masa o bulto.



Cada año se detectan entre 400 y 500 nuevos casos en población femenina, Veracruz ocupa el primer lugar nacional con mas casos, siendo entre los 35 y 45 años el grupo de edad donde se tiene la mayor incidencia.

FACTORES DE RIESGO CANCER DE MAMA

FACTORES DE RIESGO QUE NO PUEDEN CAMBIAR

- **Hacerse mayor.**

El riesgo de cáncer de mama aumenta con la edad. La mayoría de los cánceres de mama se diagnostica después de los 50 años de edad.

- **Mutaciones genéticas.**

Cambios heredados (mutaciones) en ciertos genes, tales como en el BRCA1 y el BRCA2, aumentan el riesgo de presentar cáncer de mama y de ovario.

- **Historial reproductivo.**

El comienzo de la menstruación antes de los 12 años de edad y de la menopausia después de los 55 años de edad exponen a las mujeres a hormonas por más tiempo, lo cual aumenta el riesgo de cáncer de mama.

- **Tener mamas densas.**

Las mamas densas a veces puede hacer difícil la detección de tumores en una mamografía. Las mujeres con mamas densas también tienen más probabilidades de tener cáncer de mama.

- **Antecedentes personales de cáncer de mama o ciertas enfermedades de las mamas que no son cancerosas.**

Las mujeres que han tenido cáncer de mama tienen mayores probabilidades de tener esta enfermedad por segunda vez. Algunas enfermedades de las mamas que no son cancerosas, como la hiperplasia ductal atípica o el carcinoma lobulillar *in situ,* están asociadas a un mayor riesgo de tener cáncer de mama.

- **Antecedentes familiares de cáncer de mama o cáncer de ovario.**

Tener antecedentes familiares de cáncer de mama podría aumentar el riesgo de presentar cáncer de mama. Por ejemplo, el riesgo podría ser mayor si la madre, hermana o hija de la persona (familiares de primer grado) o varios de sus familiares de cualquier lado de la familia han tenido cáncer de mama, o si un familiar tuvo cáncer de mama a una edad temprana. Los antecedentes familiares de cáncer de ovario o cáncer de mama de un familiar de sexo masculino también aumentan el riesgo.

- **Tratamientos previos con radioterapia.**

Las mujeres que han recibido radioterapia en el pecho o las mamas antes de los 30 años de edad (por ejemplo, para el tratamiento del linfoma de Hodgkin) tienen un riesgo mayor de presentar cáncer de mama más adelante en la vida.

FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN CAMBIAR

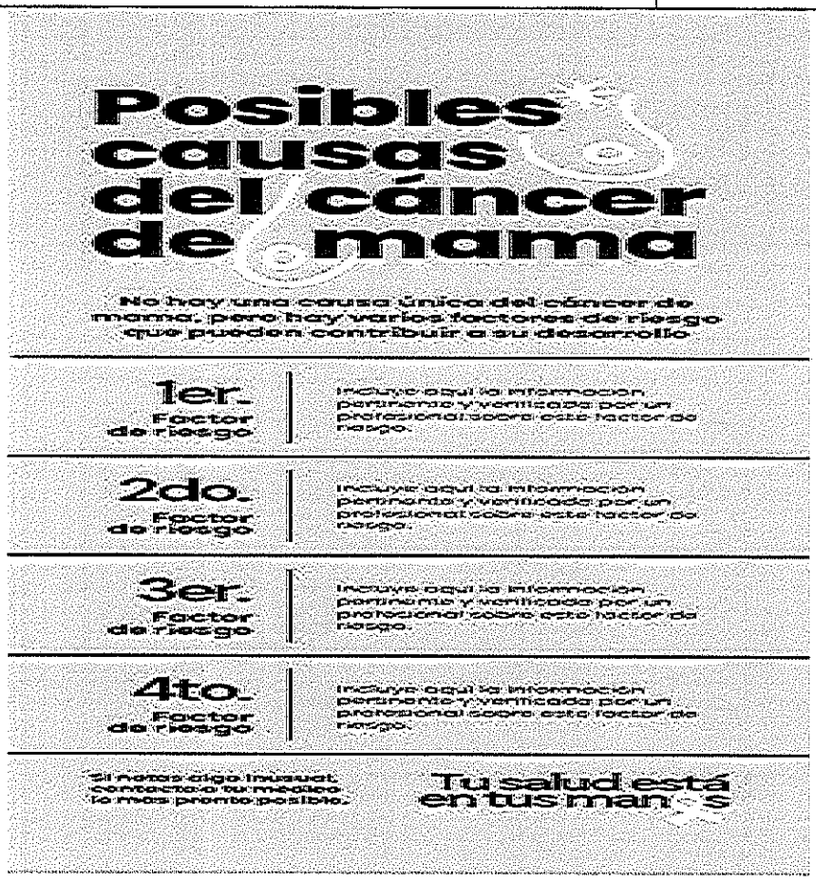
- **No mantenerse físicamente activa.** Las mujeres que no se mantienen físicamente activas tienen un mayor riesgo de tener cáncer de mama.

- **Tener sobrepeso u obesidad después de la menopausia.** Las mujeres mayores que tienen sobrepeso u obesidad tienen mayor riesgo de tener cáncer de mama que las que tienen un peso saludable.

- **Tomar hormonas.** Algunas formas de terapia de remplazo hormonal (aquellas que incluyen tanto estrógeno como progesterona) que se toman durante la menopausia pueden aumentar el riesgo de cáncer de mama si se toman por más de 5 años. Ciertos anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas) aumentan el riesgo de cáncer de mama también.

- **Historial reproductivo.** Quedar embarazada por primera vez después de los 30 años de edad, no amamantando y nunca tener un embarazo que llegue a término puede aumentar el riesgo de cáncer de mama.

- **Tomar alcohol.** Algunos estudios muestran que el riesgo de la mujer de tener cáncer de mama aumenta cuanto mayor sea la cantidad de alcohol que tome.



SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER DE MAMA

la mayoría de las personas no experimentarán ningún síntoma cuando el cáncer esté aún en fase temprana, por lo que es importante la detección precoz.

El cáncer de mama puede presentar distintas combinaciones de síntomas, especialmente cuando está en una fase más avanzada.

Los síntomas del cáncer de mama pueden incluir:

- nódulo o engrosamiento en el seno, a menudo sin dolor;
- cambio en el tamaño, forma o aspecto del seno;
- aparición de hoyuelos, enrojecimiento, grietas u otros cambios en la piel;
- cambio en el aspecto del pezón o la piel circundante (aréola);
- secreción de líquido anómalo o sanguinolento por el pezón.

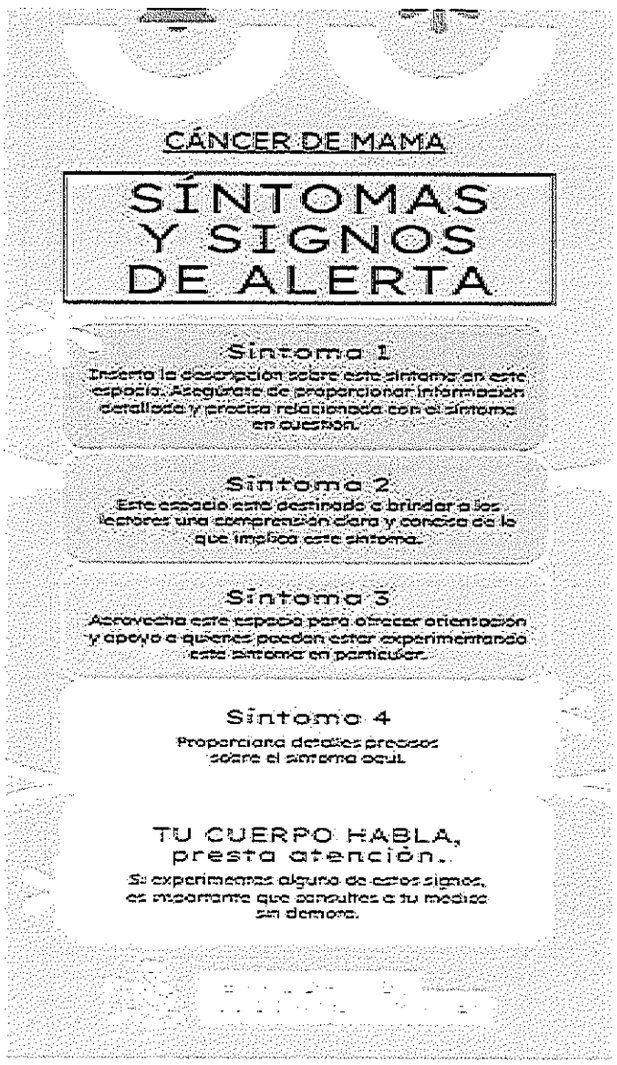
Se recomienda a aquellas personas que presenten un nódulo anómalo en el seno que busquen atención médica, incluso si no es doloroso.

La mayoría de los nódulos en los senos no son cancerosos. Es más probable que el tratamiento de los nódulos cancerosos en los senos sea eficaz si los nódulos son pequeños y no se han propagado a los ganglios linfáticos cercanos.

El cáncer de mama puede propagarse a otras partes del organismo y desencadenar otros síntomas. Con frecuencia, el primer lugar más habitual donde se puede detectar la propagación es en los ganglios linfáticos de la axila, aunque es posible tener ganglios linfáticos cancerosos que no puedan detectarse.

Con el tiempo, las células cancerosas pueden propagarse a otras partes del cuerpo, por ejemplo los pulmones, el hígado, el cerebro y los huesos. Cuando alcanzan esas zonas pueden aparecer nuevos síntomas relacionados con el cáncer, entre ellos dolor óseo o cefaleas.





PRUEBAS Y EXÁMENES

las pruebas de detección de cáncer de mama pueden ayudar a detectar el cáncer de mama temprano, antes de que usted note cualquier síntoma. En muchos casos, detectar el cáncer de mama temprano hace que sea más fácil tratarlo o curarlo. Pero las pruebas de detección también conllevan riesgos, como por ejemplo pasar por alto signos de cáncer. El momento para comenzar las pruebas de detección puede depender de su edad y sus factores de riesgo.

- **Mamografías**

Una mamografía es el tipo más común de prueba de detección. Se trata de una radiografía de la mama que se toma utilizando una máquina especial. Esta prueba se realiza en un hospital o clínica y tarda solo unos minutos. Las mamografías pueden encontrar tumores que son demasiado pequeños como para sentirse.

Las mamografías se realizan para examinar a las mujeres para detectar el cáncer de mama de manera temprana cuando es más fácil de curar. Las recomendaciones de diferentes organizaciones de expertos pueden diferir.

- La mamografía generalmente se recomienda para todas las mujeres a partir de los 40 años, y que se repita cada 1 a 2 años.
- Los mujeres con un historial familiar de cáncer de mama deberían trabajar con su proveedor de atención médica para evaluar su riesgo de cáncer de mama. En algunas situaciones, es posible que se considere realizar pruebas adicionales.

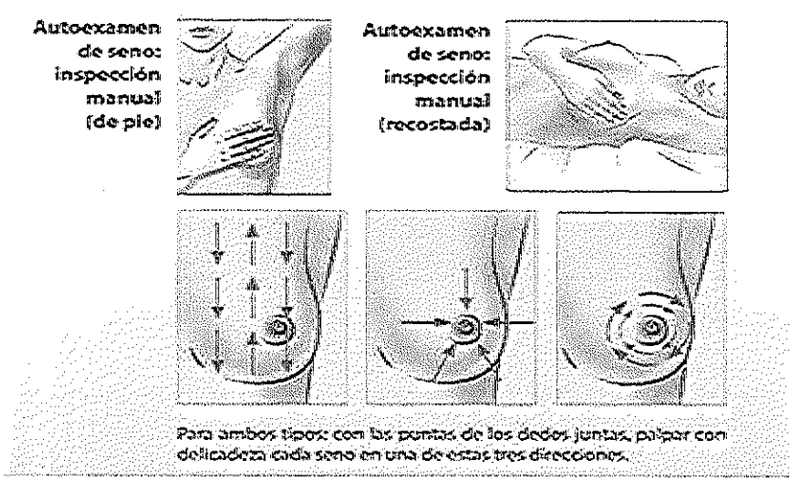
Las mamografías funcionan mejor para encontrar cáncer de mama en mujeres de 40 a 74 años. No está claro qué tan bien funcionan las mamografías para encontrar cáncer de mama en mujeres de 75 años y mayores.

EXÁMENES DE MAMA

Este es un examen en el que se palpan las mamas y las axilas en busca de bultos o cambios inusuales. Su proveedor de atención médica puede llevar a cabo un examen clínico de mama (ECM). También puede explorar sus mamas usted misma. Esto se conoce como autoexamen de mamas (AEM). Realizar autoexámenes puede ayudarla a familiarizarse más con sus mamas. Esto puede facilitarle el notar cambios inusuales en ellas.

Tenga en mente que los exámenes de mamas no reducen el riesgo de morir por cáncer de mama. Tampoco son tan efectivos como las mamografías para detectar el cáncer. Por esta razón, usted no debe depender solamente de los exámenes de mama para detectar el cáncer.

No todos los expertos concuerdan sobre cuándo realizarse o comenzar a realizarse exámenes de mamas. De hecho, algunos grupos no los recomiendan del todo. Sin embargo, eso no significa que no deba realizar o someterse a exámenes de mamas. Algunas mujeres prefieren someterse a los exámenes.



TRATAMIENTO PARA E CÁNCER DE MAMA

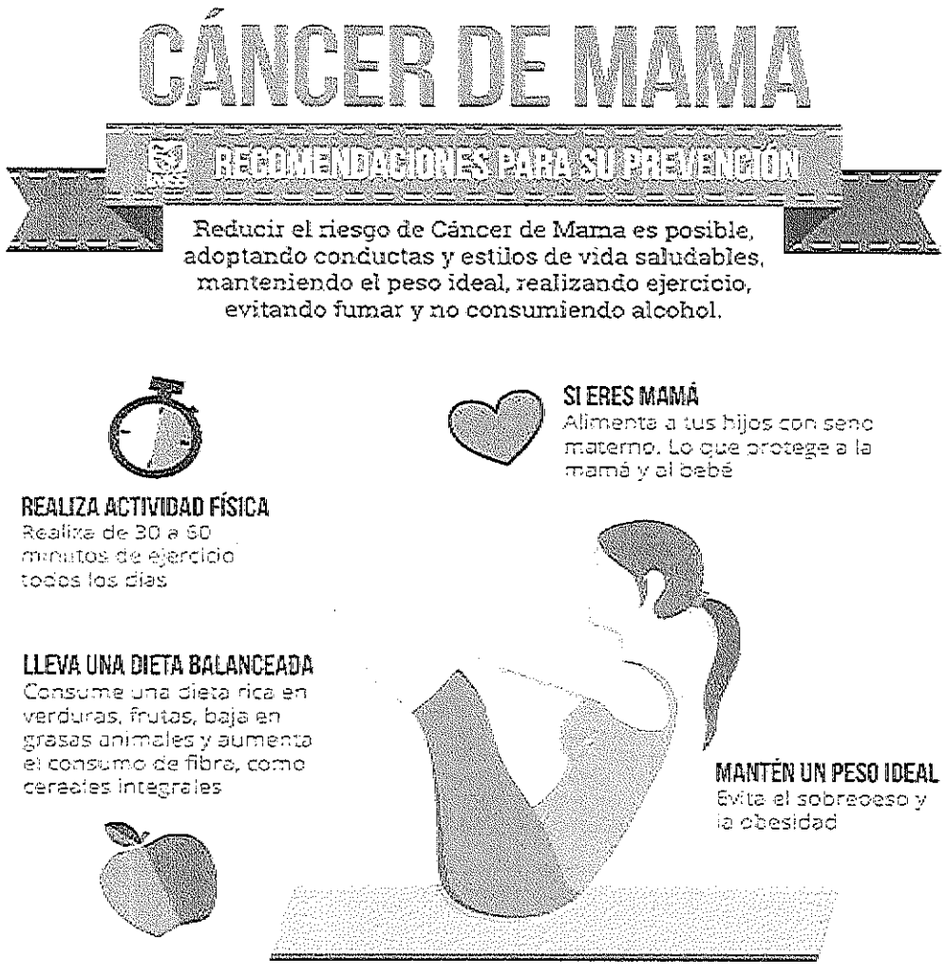
El tratamiento se basa en muchos factores, que incluyen:

- El tipo de cáncer de mama
- El estadio del cáncer (la estadificación es una herramienta que sus proveedores usan para averiguar qué tan avanzado está el cáncer)
- Si el cáncer es sensible o no a ciertas hormonas
- Si el cáncer produce en exceso o no una proteína llamada HER2/neu
- Pruebas sobre los genes del tumor para determinar si usted se beneficiaría de la quimioterapia

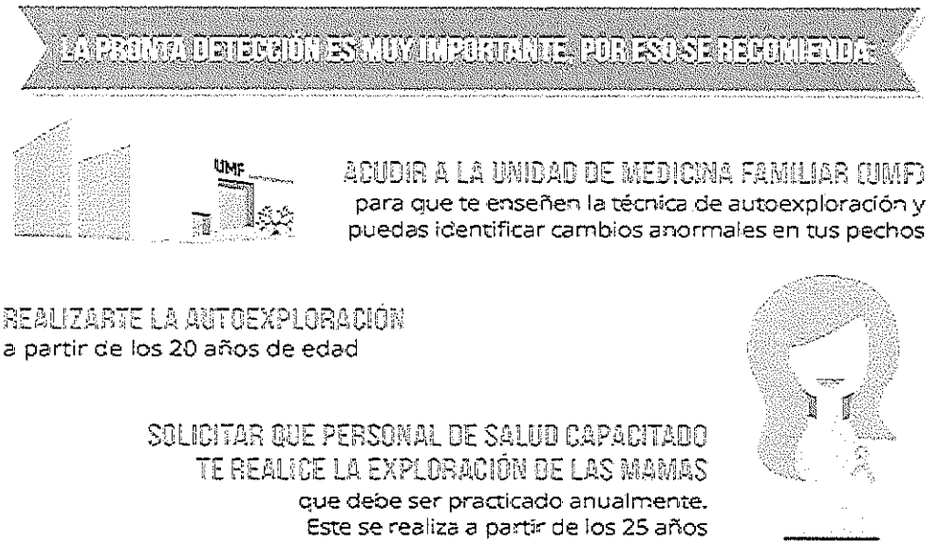
Los tratamientos para el cáncer pueden incluir:

- Terapia hormonal.
- Quimioterapia, que usa medicamentos para destruir las células cancerosas.
- Radioterapia, que se usa para destruir el tejido canceroso.
- Cirugía para extirpar el tejido canceroso: una tumorectomía para extirpar el bulto mamario. Una mastectomía para extirpar toda o parte de la mama y posiblemente las estructuras cercanas. Los nódulos linfáticos cercanos también se pueden extirpar durante la cirugía.
- El tratamiento dirigido usa medicamento para atacar los cambios en los genes en las células cancerosas. La terapia hormonal es un ejemplo de la terapia dirigida. Bloquea ciertas hormonas que estimulan el crecimiento del cáncer.

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA



Republica de Colombia Gobernación de Santander	FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	CÓDIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	9 de 10



REALIZAR TAMIZAJE A LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO

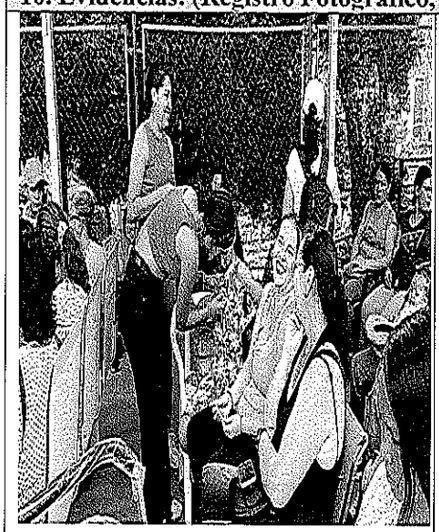
Los días 20, 26 de noviembre y 04 de diciembre entre la jornada de 8:00 a.m y 12:00 p.m se realizará la educación y tamización a todas las mujeres de capitanejo de lo diferentes cursos de vida que acudan a la actividad, esta estará a cargo de la jefe de enfermería y acompañada de do auxiliares de la institución.

8.Objetivos	9.Actividades planeadas
Educar a la población de capitanejo de la importancia de la prevención de cáncer de mama	Módulo 1: situación actual del cáncer de mama en Colombia y factores de riegos

Republica de Colombia Gobernación de Santander	FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	CÓDIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	10 de 10

Educar a las mujeres capitanejanas sobre el tamizaje de cáncer de mama Incentivar a las mujeres capitanejanas sobre la importancia de detectar el cáncer de mama a tiempo	Módulo 2 Recomendaciones para la detección temprana y tamización del cáncer de mama en Colombia Módulo 3 Tratamiento para el cáncer de mama Módulo 4 Tamización a la población del municipio de san miguel

10. Evidencias: (Registro Fotográfico, máximo 3 fotos representativas





11.Resumen de aspectos relevantes de la actividad:

La información brindada en la actividad educativa de cáncer de mama tuvo una adherencia e importancia significativa en las mujeres captadas en esta estrategia, ya que las actividades van enfocadas para la detención temprana y la prevención del cáncer de seno, de igual manera se recibieron en diferentes momentos de la actividad agradecimiento por la información y la enseñanza que se deja para la realización del paso a paso del autoexamen de seno y la entrega del kits, también se logran felicitaciones por la manera tan didáctica en la que se realizó la actividad ya que se dejó un espacio al final de cada actividad y explicación de la temática informativa planeada para dudas las cuales aclaramos para una mejor recepción de información y que nuestras participantes lograran llevarse la idea de la importancia de la realización constante del autoexamen, igualmente se educó en los tiempos y posturas adecuadas para la misma, la variedad en los signos de alarma, la importancia de las visitas constantes de chequeo médico, mamografías y posibles tratamientos en caso de presentar cáncer de seno.

12.Conclusiones:

- la estrategia educativa realizada en el municipio de capitanejo fue efectiva para aumentar el conocimiento sobre la prevención del cáncer de seno, paso a paso del autoexamen con posturas adecuadas y signos de alarma.
- Se puede concluir que es de vital importancia la realización constante de acciones o estrategias educativas didácticas para la detección precoz, seguimiento de complicaciones y la prevención del cáncer de mama.

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia Garcia Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 20 / 11 / 2024	Hora 8:00 Am 12:30 pm
Objetivo Realizar estrategia de informacion en Prevencion de cancer de mama en la comunidad			
Tema / Actividad Prevencion cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 6)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Cindy Yazmin Olaya	1098100224	X						X			3118502195											X				Cindy Yazmin Olaya
	Maria Ines Baron	28054075	X							X		3104215325											X				Maria Ines Baron
	Esperanza Diaz	63492373	X						X			3014055123											X				Esperanza Diaz
	Angie Vanessa Ch	1005300152	X					X				3041566207											X				Angie Vanessa Ch
	Flor Marina Galan	24130513	X							X		3103818705											X				Flor Marina Galan
	Leidy Monsalve J.	1098101154	X						X			3202743046											X				Leidy Monsalve J.
	Sharon Baez Garzon	1096953333	X						X			3203982282											X				Sharon Baez Garzon
	Ana Vega	28051082	X							X		3124215136											X				Ana Vega
	Maria Isabel Pabon	63327739	X							X		3128060137											X				Maria Isabel Pabon
	Isabel Vega	28052404	X						X			3118074060											X				Isabel Vega
	Rosa Cecilia H.	28387519	X						X			3223807245											X				Rosa Cecilia H.
	Katherin Benitez	1092852972	X					X				3219176191											X				Katherin Benitez

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligencias según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	Garcia Rovira	Municipio	capitanejo	Fecha	20/11/2024	Hora	8:00am - 12:30 pm
Objetivo	Realizar estrategia de prevencion de cancer de mama en la comunidad de capitanejo						
Tema / Actividad	Prevencion cancer de mama						

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
1	Graciela Montes	28237799	X							X		3132605097											X				
2	Amanda Garcia	1098102057	X						X			3192994795											X				
3	Yenny Paola Sepulv	1098101290	X						X			3127197728											X				
4	Ana Lucia Sandoval	28054847	X							X		3213960451											X				
5	Graciela Gonzalez	28056439	X							X		3229511592											X				
6	Herminda Figueroa	63310958	X							X		3102833958											X				
7	Maryury C. Pinzon R.	1098100002	X					X				3125372809											X				
8	Laura Magali Veronica	1056592478	X						X			3213510234											X				
9	Sandra Beatriz Sierra	1098657287	X						X			3125735803											X				
10	Camila Rojas	27898439	X							X		3145747764											X				
11	Luisa Hernandez	28680296	X						X			311421 5630											X				
12	Blanca A. Godoy	60410372	X							X		3202434595											X				

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia Garcia Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 20/11/2024	Hora 8:00am - 12:00pm
Objetivo Realizar estrategia de Informacion en Prevencion del cancer de mama en la comunidad de capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion del cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Karen Alejandra Rondo	1098100582	X						X			3143629816											X				
	Maria Doris Basto	28054286	X							X		3114223923											X				
	Carolina Toscano	1005614 12	X						X			3204534124 1											X				
	Tilcia Toscano	28239967	X						X			3132295907											X				
	Yudy Sierra Silva	1092337282	X						X			3112153514											X				
	Sandra M. Forero	28059771	X						X			3123442729											X				
	Fabiola Cardelo T.	37525041	X						X			3202614107											X				
	Miriam Lago	28052212	X							X		3115617093											X				
	Trancito Moreno	28453923	X						X			3125361130											X				
	Pilar Silva	63395557	X						X			3208868853											X				
	Blanca Johana Silva	38525014	X					X				3154739097											X				
	Emperatriz Delgado	28052498	X						X			3114756622											X				

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 20/11/2024	Hora 8:00am - 12:00pm
Objetivo Realizar estrategia de informacion en Prevencion del cancer de mama en la comunidad de capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion del Cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Humberta Duran P.	28054.618	X							X		3216011799											X				Humberta Duran P.
	Libia Lecn.	101.603.7035	X							X		3134151302											X				
	Ana Garcia Godoy	1098100502	X							X		3104797038											X				
	Ana Elia Espinos	1098102171	X						X			3112299963											X				Ana Elia Espinos
	Fernanda Chaparro	1098102200	X					X				3204081386											X				
	Paola Andrea Ayala	1102042693	X						X			3118979681											X				Paola Andrea Ayala
	Daniela Berna	1004843887	X						X			3224728414											X				
	Tatiana Bello P.	1015466325	X						X			3223161679											X				Tatiana Bello
	Bertha Jaimes G.	32241484	X						X			3203987177											X				
	Carolina Rincon	1098100688	X						X			3143923461											X				Carolina Rincon
	Carolina Cardozo	1.120.872.854	X						X			3105766626											X				Carolina Cardozo
	Ernestina Salazar	1.120.872.854	X							X		3105760826											X				

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: dilgenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) Visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitans) NARO: Dilgende según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio capitanejo	Fecha 20/11/2024	Hora 8:00Am - 12:00 pm
Objetivo Realizar estrategia de Informacion en Prevencion del cancer de mama en la comunidad de capi			
Tema / Actividad Prevencion del Cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SNPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Maria Mayeli Lopez Gutierrez	63396189	X						X		FAMI	3128823957											X				
	Perla Giby Hernandez C.	28054492	X						X		FAMI	3124618001											X				
	Doris Estela Ayala Nuñez	28053943	X							X	FAMI	3125734457											X				
	Martha Evan Almeida	28.054.259	X					X			FAM	3102254193											X				
	Doris Alicia Ruiz Pico	28054192	X						X		FAMI	3115734457											X				
	Angelica Rocio Delgado	1092364507	X					X			FAMI	3202236766											X				
	Claudia Rocio Rojas	28.054196	X						X		Hogar	3186405222											X				
	Sandra Soto	28054886	X						X		FUNUNFO Hogar	3134961231											X				
	Maria Ovalle	20739654	X						X		Hogar	3134287230											X				
	Vianeida Pardo	1092337222	X						X		Hogar	3209888344											X				
	Ana Patricia Quiroz	37525.007	X						X		Administrativo	3207354784											X				
	Clemencia Castellanos	28052893	X							X	Hogar	3118258941											X				

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 20 / 11 / 2024	Hora 8:00 am – 12:00 pm

Objetivo Realizar una estrategia de prevencion de cancer de mama en la comunidad de capitanejo

Tema / Actividad Prevencion del cancer de mama

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)				INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
													LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 6)	INFANCIA	ADOLESENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)																	
	Cristina Acevedo	28054305	X						X			3142772229										X				Cristina Acevedo
	María del Carmen Leiva	24076062	X						X			3142772229										X				María del Carmen L.
	Alvaro Leiva	5605983	X							X		3102214093										X				Alvaro Leiva
	Marcelina Pinto	28392326	X							X		3118362690										X				Marcelina Pinto
	Miryam Romero	51851556	X							X		3102215135										X				MIRIAM ROMERO
	Carmen Cecilia Barajas	28054017	X							X		3118361215										X				Carmen Cecilia Barajas
	Bertha Rodriguez	40019423	X							X		3104255013										X				
	Alexandra Delgado	1096948353	X						X			3202108689										X				
	Angelica Rocio Florez	1096948270	X					X				3202108689										X				
	María Ester Angarita	28052399	X							X		3153204135										X				María Ester A.
	Teofiste Chacon	28236829	X							X		3204155035										X				Teofiste Chacon
	Sandra Milena Cobos	63437176	X					X				3232136626										X				Sandra Milena Cobos

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	Barcca Rovira	Municipio	Capitanejo	Fecha	20/11/2024	Hora	8:00 AM – 12:00 PM

Objetivo: Realizar estrategia de Prevenc n en cancer de mama en la comunidad de capitanejo

Tema / Actividad: Prevencion del cancer de mama

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ+OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Kathelin Aviva Tellez	1005230415	X					X				3209417362											X				
	Deisi Nali Herran	1098100832	X						X			3205364155											X				Deisi Natali H.G
	Viviney Diaz Pinzon	1098101869	X						X			3144293263											X				
	Carmen Rosa Perez	28053586	X							X		3112008636											X				
	Jennifer Sanabria	1098101921	X					X				3124811102											X				Jennifer Sanabria
	Argenis Salcedo	1019116259	X					X				3012618843											X				
	Emiliana Ramirez	1096947835	X				X		/			3229605343											X				
	Amaliana F Sanchez	1052393952	X					X				3162435856											X				
	Paula Andrea Barrero	1098102281	X				X					3183866763											X				
	Yolanda Jaimez	1098101113	X				X					3141928843											X				
	Floripez Jaimez	1098115213	X				X					3202424471											/	X			
	Martha Colmenares	1098100586	X				X					3124758401											X				

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: dilgencias según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Dilgencia según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia Garcia Rovira	Municipio capitanejo	Fecha 20/11/2024	Hora 8:00Am - 12:00 pm
Objetivo Realizar estrategia de informacion en Prevencion de cancer de mama en la poblacion de capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion del cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRÁFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
														LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)																	
	Maria Ismenia Carrillo	39669236	X							X		3208002259											X				Maria Ismenia Carrillo
	Julia Isabel Hernandez	28052256	X							X		3207151116												X			Julia Hernández
	Marieta Correa	28052438	X							X		3112215640											X				Marieta Correa
	Clarita Gallo	28053416	X							X		3118362656											X				Clarita Gallo
	Blanca Cruz	28052981	X							X		3209648905											X				Blanca Cruz
	Ruth Ines Rincon	28053776	X						X			3208162070											X				Ruth Rincon
	Adelaida Diaz Bonilla	28052450	X							X		3113205096											X				Adelaida Diaz
	Melba Soto	28052507	X						X			3105152052											X				Melba Soto
	Oliva Sotaquira	28052228	X							X		3132522036											X				Oliva Sotaquira
	Flor Empidia Gomez	52052020	X							X		3104213520											X				Flor Empidia Gomez
	Adriana M. Gaby	1098100666	X					X				3214135021											X				Adriana Maria Gaby
	Otilia Maria Ardila	6029053	X							X		3152205161											X				Otilia Hernandez

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio capitanejo	Fecha 20 / 11 / 2024	Hora 8:00am – 12:00 pm
Objetivo Realizar estrategia de informacion en prevencion del cancer de mama en la comunidad de capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion del cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ+OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Deisy V. Salazar	1098100391	X					X				3103240137											X				Deisy Salazar
	Clara Ines Gaby	28051874	X							X		3133068760											X				Clara Ines Gaby
	Miriam Gaby	28052266	X							X		3204235481											X				Miriam Gaby
	Socorro Perez	28053290	X							X		3118854591											X				Socorro Perez
	Maria Claudia Bermudez	37546880	X						X			3115923948											X				Maria Claudia B
	Nancy Jchara Lech	37525021	X						X			3212112548											X				Nancy Jchara Lech
	Maria Pastora Parrero	52485.770	X						X			3118923002											X				Maria Parrero
	Viterbina Mogollon	28053122	X						X			3118923002											X				Viterbina Mogo
	Taneth Mogollon	28053650	X							X		3103267681											X				Taneth Mogollon
	Ermelina Bermudez	28052556	X							X		3173041772											X				Ermelina Bermudez
	Maria Socorro Leon	28054215	X						X			3143635132											X				Maria Socorro Leon
	Sandra Patricia Herrera	52712796	X						X			3204037576											X				Sandra Herrera

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Cindy Yazmin Olaya, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100224, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Cindy Yazmin Olaya
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100224 de capitanejo

204

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo María Inés Barón, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054075, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Inés Barón

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28054075

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Esperanza D. Chasey., Identificado con cedula de ciudadanía N° 63492373, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Esperanza Duarte

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 63492373

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Angy Vanessa Chaisy, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1005300157, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Angy Vanessa Chaisy
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1005300152 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Elor Molino García, Identificado con cedula de ciudadanía N° 24130513, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Elor Molino García

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 24130513 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Leidy Monsalve Jimenez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098,101154, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Leidy Monsalve Jimenez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1099,101521

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Sharch Baez Garzon., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096953333, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096953333

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Ana Vega, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28051082, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Ana Vega

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28051082 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo María Isabel. Pulencio, Identificado con cedula de ciudadanía N° 63327.739, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Isabel. Pulencio

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 63327.739 de. Bga

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Isabel Vega., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052404, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Isabel Vega.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052404 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo Rosa Cecilia Hernández, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28387519, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Rosa cecilia Ae.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28387519 de Cinta

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Kathelin Benitez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1092352972, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1092352972

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Blanca Azucena Goday, Identificado con cedula de ciudadanía N° 60410372, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Azucena Goday.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 60410372.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 24

Yo Graciela Gonzalez., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28056439, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Graciela Gonzalez.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28056.439.

217

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo Herminda Figuera, Identificado con cedula de ciudadanía N° 63.310958, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63.310958

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Maryurry Tatiana Rincon Rincon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100062, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maryurry Tatiana Rincon

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100062

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Laura Magali Velandia, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1056592478, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1056592478

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo Sandra Beatriz Sierra., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098657287, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098657287

221

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Camila Rojas., Identificado con cedula de ciudadanía N° 27898439, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Camila Rojas.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 27898439

222

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Luisa Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28680296, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Luisa Hernandez

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28.680.296

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Graciela Arenales, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28237799, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Graciela Arenales.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28237799

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Amanda García, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102057, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Amanda García

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1098102057 de capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Yenny Paola Sepulveda, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101290, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101290.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Ana Lucia Sandoval, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054847, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Ana Lucia Sandoval

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28054847 de capitanejo

227

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Yudy Sierra Silva, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1092337282, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yudy Sierra

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1092337282

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2024

Yo Sandra Milena Fonseca, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054.771, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Sandra Milena Fonseca

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054771

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Flor Gia Cordero, Identificado con cedula de ciudadanía N° 37.525.041, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 37.525.041

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Mirian Tagos, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052218, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Mirian Tagos
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052218 de Cap

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo Franato Moreno, Identificado con cedula de ciudadanía N° 23.453.923, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Franato Moreno

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 23 453 923

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Pilar Silva, identificado con cedula de ciudadanía N° 63.395.557, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63.395.557

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Blanca Ichana Silva, Identificado con cedula de ciudadanía N° 37.525.014, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Blanca Ichana Silva
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 37525014

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Karen Alejandra Obando, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101052, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101052 de Onej'o

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo María Dais Basto, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054236, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054236 de Cúcuta

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Carolina Toscano, Identificado con cedula de ciudadanía N° 30050.142, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Carolina Toscano
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 30050.142

237

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Tilcia Toscano, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28239967, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Tilcia Toscano.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28.239.967 de Chgo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Sandra Leonor Soto Mayorga, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054886, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Sandra Leonor Soto Mayorga
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054886

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo María Ovalle, Identificado con cedula de ciudadanía N° 2073.96541, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Ovalle

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 2073965 41.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Vianeida Rueda, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1092337222, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Vianeida Rueda

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1092337222

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2024

Yo Teofista Chascy, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28236.824, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Teofista Chascy

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28.036.824 de capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Sandra Milena Cobides., Identificado con cedula de ciudadanía N° 63437.176, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Sandra Milena Cobides.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63437.176. de. Bmanga

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Claudia Rocio Rojas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054196, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Claudia Rocio Rojas Camacho.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054196

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2024

Yo Ana Patricia Quiroz, Identificado con cedula de ciudadanía N° 37.525.007, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 37525.007

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2024

Yo Emperatriz Delgado, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052498, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Emperatriz Delgado

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052498

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Humberta Duran P., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054.618, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Humberta Duran P.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054618 de Cinejos

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Libia Leon., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1016037035, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1016037035.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo Ana Ofelia Espinosa, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102171, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Ana Ofelia Espinosa
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102171 de Enciso

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Fernanda Chaparo, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102220, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102220 de cmejo

250

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2024

Yo Paola Andrea Ayala, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1102042693, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Paola Andrea Ayala
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1102042693 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Daniela Beinal, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1004843887, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1004843887 de capitanejo

252

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Tatiana Bello., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1015466325, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Tatiana Bello
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1015466325 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Ernestina Salazar, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1120872854, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1120872854

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Bertha Jaimez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 32241484, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Bertha Jaimez

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 32241484 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Carolina Rincon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100688, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Carolina Rincon
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100688

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

256

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Carolina Coronado, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1120872854, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Carolina Coronado
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1120872854 de capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Miriam Goday, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28551874, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Miriam Goday
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28551874

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Socorro Perez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053290, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Socorro Perez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053290

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2019

Yo . Maria Claudia Bermudez . , Identificado con cedula de ciudadanía N° 37546880 , estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maria Claudia Bermudez .
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 37546880

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Jareth Magolon Panqueva, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053650, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yoneth Magdalen Panqueva
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053.650

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Sandra Patricia Herrero, Identificado con cedula de ciudadanía N° 52712796, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Sandra Patricia Herrero
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 52.712.796

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2024

Yo María Socorro León, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054215, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Socorro León
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054215

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo . Maria Pastora Paramero ., Identificado con cedula de ciudadanía N° 52485.736 ., estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maria Paramero .
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 52485736.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2019

Yo Nancy Johana Leon., Identificado con cedula de ciudadanía N° 37525021., estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Nancy Johana Silva.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 37525021.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo. Viterbina Magdalen., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053.122., estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Viterbina Magdalen.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053.122.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

66

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Ermelina Bermudez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052556, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Ermelina Bermudez.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052556 de Onzà

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Deisy Salazar, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100391, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Deisy Salazar

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100391

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Clara Ines Godoy, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28051874, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28051874

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2019

Yo María Marlen López Gutierrez., Identificado con cedula de ciudadanía N° 63396189, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63.396189

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Dora Gicy Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054492, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

DORA GICY HERNANDEZ
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054492

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Doris Stela Ayala Nuñez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053943, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Doris Stela Ayala Rincon
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053943

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Martha Ivon Almeida, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054259, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Martha Ivon Almeida.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054259.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Doris Alicia Roiz Prada, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054 192, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Doris Alicia Roiz Prada.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054.192

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 / 2024

Yo Angelica Rocio Delgado, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1092364507, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Angelica Rocio Delgado.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1092364507.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 4 / 2024

Yo Cristina Acevedo, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054.305, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Cristina Acevedo
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054305 de capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2024

Yo María del Carmen Corzo., Identificado con cedula de ciudadanía N° 24076062., estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María del Carmen Corzo.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 24076062. de capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 04 / 2024

Yo Alvaro Carro., Identificado con cedula de ciudadanía N° 5603.983, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Alvaro Carro.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 5.603.983 de Capitanejo

278

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Marcelina Pinzon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28392326, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Marcelina Pinzon

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28392326 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo Miriam Romero, Identificado con cedula de ciudadanía N° 51851556, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

MIRIAM ROMERO.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 51851556 de B.

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2024

Yo Carmen Cecilia Barajas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054017, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Carmen Cecilia Barajas.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054017 de capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

281

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Bertha Rodriguez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 40049423, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 40049423. de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Alexandra Delgado., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096948353, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096948353. de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

283

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2021

Yo Angelica Rocio Florez., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096949270., estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096949270 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo María Ester Angarita, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052394, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María ester Angarita.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28.052.394 de Cat.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11/ 2024

Yo Adelaida Diaz Bonilla, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052450, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Adelaida Diaz
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052450

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Melba Soto, Identificado con cedula de ciudadanía N° 20052507, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Melba Soto

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 20052507

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

297

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Olga Garzo, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052228, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Olga Garzo

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28052228

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Flor Empidia Gomez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 52052020, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Flor Empidia Gomez

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 52052020

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo Adriana Marcela Godoy., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100666, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Adriana Marcela Godoy
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100666 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo Otilia Maviela Laridnez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 6029053, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Otilia Maviela Laridnez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 6029053 de B.

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

247

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Argenis Salcedo, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1019116259, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Argenis Salcedo

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1019116259

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Emiliana Ramirez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096947835, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Emiliana Ramirez

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1096947835

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo Amalia Fernanda Sanchez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1052393952, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Amalia Fernanda S.S.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1052 393957

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Paula Andrea Barrero, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102281, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Paula Andrea Barrero
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102281

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2024

Yo Yolanda Landinez., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101113., estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101113.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Flor López Landinez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098115213, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098115213

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

297

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo Martha Correa Uribe, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100586, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100586.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2024

Yo Vianey Diaz Rincon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101869, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Vianey Diaz Rincon

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1098101869 de capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Deis Natali Hernandez., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100832, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Deisy Natali Hernandez.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100832. de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

300

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Carmen Rosa Perez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053586, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Carmen Rosa Perez M.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053586 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo Jennifer Sanabria, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101921, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Jennifer Sanabria
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101921 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo María Ismenia Camilo, Identificado con cedula de ciudadanía N° 39669236, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Ismenia Camilo
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 39669236

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 / 2024

Yo Julia Isabel Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052256, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Julia Hernandez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052256

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

3041

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2024

Yo Mariela Correa, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052438, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Mariela Correa

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052438

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Clarita Gallo Martinez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053416, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Clarita Gallo Martinez

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28053416 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/ 11 /2024

Yo Blanca Cruz, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052981, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Blanca Cruz.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052981 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20 / 11 / 2024

Yo Ruth Ines Rincon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 20053776, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Ruth Ines Rincon

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 20053776

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 20/11/2024

Yo Catherin Adriana Tellez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1005230415, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1005230415 de la Piedecuesta

Republica de Colombia Gobernación de Santander	FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	CÓDIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	1 de 10

FICHA TECNICA #2	
1.Hora:	8-.30 am a 12:30 p.m
2.Fecha de realización:	26 de noviembre de 2024
3.Participantes:	Mujeres del municipio de capitanejo
5.Lugar:	Hospital san Bartolomé de capitanejo
6.Tema:	CANCER DE MAMA

7. Desarrollo de la actividad

Siendo las 8:30 a.m del dia 20 de Noviembre en el parqueadero del hospital san Bartolomé se da inicio a la actividad PREVENCION CANCER DE MAMA, previa concertación de la actividad con la secretaria de salud departamental. Se instala el STAN el cual conta de la carpa principal que tiene el pendan, los kits, una mesa informativa con senos artificiales con los diferentes signos de alarma, infografías sobre que es el cáncer de mama, como prevenir el cancer de mama, la importancia del realizarse el auto examen y tratamiento.







Durante toda la jornada de educacion se hablan a los diferentes cursos de vidad que participaran del stan, donde la JEFE DE ENFERMERIAa cargo con apoyo de la medicca rural y dos auxiliares de enfermeria, proceden a ejecutar los mudulos:

Nombre del Módulo	Objetivo específico y contenidos	Conferencista

Republica de Colombia Gobernación de Santander	FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	CÓDIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	2 de 10

Módulo 1:que es el cáncer de mama y situación actual en Colombia	**Objetivos:** -Reconocer La Magnitud De La Situación De Cáncer De Mama En Colombia - Saber Que Es La Enfermedad De Cáncer De Mama **Contenidos:** -Incidencia De Cáncer De Mama En El Mundo -Que Es El Cáncer De Mama	Jefe de enfermería
Módulo 2 factores de riesgo del cáncer de mama	**Objetivos:** **-Identificar Los Factores De Riesgos Para Estar Alertas Frente A La Enfermedad De Cáncer De Mama** **Contenidos:** -Factores De Riesgo Que Puedo Cambiar Factores De Riesgo Que No Puedo Cambiar	Jefe de enfermería
Módulo 3 Signos y síntomas del cáncer de mama	Objetivos: -Identificar Los Signos De Alarma Frente A La Enfermedad De Cáncer De Mama - Conocer Los Síntomas Que Puede Presentar La Enfermedad De Cáncer De Detectar De Manera Temprana Los Cambio O Síntomas Del Cáncer De Mama En Las Mujeres de capitanejo CONTENIDOS: -Signos De Alarma Cáncer De Mama -Síntomas Cáncer De Mama	Jefe de enfermería
Módulo 4 Pruebas y exámenes	Objetivos: -Conocer Y Saber Como Y Cuando Debo Hacerme La Mamografía - Conocer Y Saber Cómo Y Cuando Debo Hacerme El Autoexamen **CONTENIDO:** -Que Es La Mamografía -Cuando Debo Hacerme Una Mamografía Que Es El Autoexamen -Cuando Debo Hacerme El Autoexamen -Condiciones Para Realizarme El Autoexamen	Jefe de enfermería
Modulo 5 Tratamiento para e cáncer de mama	Objetivos: -que las mujeres capitanejana conozcas el tratamiento y los pasos a seguir una vez diagnosticadas con cáncer de mama -resaltar que el cáncer de mama tiene cura una vez se detecte a tiempo **CONTENIDO:** -tratamiento cáncer de mama	Jefe de enfermería

Modulo 7 Realizar tamizaje a la Población de capitanejo	OBJETIVOS: -que las mujeres de capitanejo se familiaricen con sus senos para detectar rápidamente cualquier cambio en ellos como un bulto, enrojecimiento o secreción anormal del pezón. CONTENIDO: Realizarse el autoexamen con la jefe de enfermería	Jefe de enfermería

MODULO 1: QUE ES EL CÁNCER Y SITUACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN COLOMBIA

El cáncer de mama es la proliferación anormal y desordenada de células mamarias malignas que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor dentro de la mama, el cual tiene la capacidad de invadir a otros órganos. Se considera la primera causa de enfermedad y muerte por cáncer entre las mujeres colombianas. También se presenta en menor número en hombres.

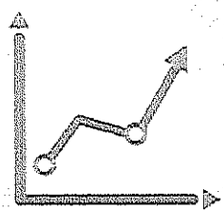
Para Colombia, el cáncer de mama es el principal cáncer del país, con 13 376 casos nuevos en 2018 (tasa de incidencia de 63,9 casos por cada 100 000 mujeres mayores de 15 años) y es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres con una tasa de 17,2 muertes por cada 100 000 habitantes (7).

El cáncer de mama es un problema de salud pública que va en aumento a nivel nacional y mundial. Es considerado la principal causa de incidencia y mortalidad por cáncer en las mujeres en Colombia y en la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe; por lo que se hace necesario reforzar los mensajes sobre los modos, condiciones y estilos de vida, autocuidado, tamización, signos y síntomas asociados a esta enfermedad, y la importancia de acudir a los servicios de salud oportunamente.

1 de cada 8 mujeres puede desarrollar cáncer de mamá durante su vida



El **cáncer de mama** es el tipo de cáncer más frecuente y la causa más común de muerte en mujeres a nivel mundial. Se origina cuando las células mamarias comienzan a crecer sin control formando un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una masa o bulto.



Cada año se detectan entre 400 y 500 nuevos casos en población femenina, Veracruz ocupa el primer lugar nacional con mas casos, siendo entre los 35 y 45 años el grupo de edad donde se tiene la mayor incidencia.

FACTORES DE RIESGO CANCER DE MAMA

FACTORES DE RIESGO QUE NO PUEDEN CAMBIAR

- **Hacerse mayor.**

El riesgo de cáncer de mama aumenta con la edad. La mayoría de los cánceres de mama se diagnostica después de los 50 años de edad.

- **Mutaciones genéticas.**

Cambios heredados (mutaciones) en ciertos genes, tales como en el BRCA1 y el BRCA2, aumentan el riesgo de presentar cáncer de mama y de ovario.

- **Historial reproductivo.**

El comienzo de la menstruación antes de los 12 años de edad y de la menopausia después de los 55 años de edad exponen a las mujeres a hormonas por más tiempo, lo cual aumenta el riesgo de cáncer de mama.

- **Tener mamas densas.**

Las mamas densas a veces puede hacer difícil la detección de tumores en una mamografía. Las mujeres con mamas densas también tienen más probabilidades de tener cáncer de mama.

- **Antecedentes personales de cáncer de mama o ciertas enfermedades de las mamas que no son cancerosas.**

Las mujeres que han tenido cáncer de mama tienen mayores probabilidades de tener esta enfermedad por segunda vez. Algunas enfermedades de las mamas que no son cancerosas, como la hiperplasia ductal atípica o el carcinoma lobulillar *in situ,* están asociadas a un mayor riesgo de tener cáncer de mama.

- **Antecedentes familiares de cáncer de mama o cáncer de ovario.**

Tener antecedentes familiares de cáncer de mama podría aumentar el riesgo de presentar cáncer de mama. Por ejemplo, el riesgo podría ser mayor si la madre, hermana o hija de la persona (familiares de primer grado) o varios de sus familiares de cualquier lado de la familia han tenido cáncer de mama, o si un familiar tuvo cáncer de mama a una edad temprana. Los antecedentes familiares de cáncer de ovario o cáncer de mama de un familiar de sexo masculino también aumentan el riesgo.

- **Tratamientos previos con radioterapia.**

Las mujeres que han recibido radioterapia en el pecho o las mamas antes de los 30 años de edad (por ejemplo, para el tratamiento del linfoma de Hodgkin) tienen un riesgo mayor de presentar cáncer de mama más adelante en la vida.

FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN CAMBIAR

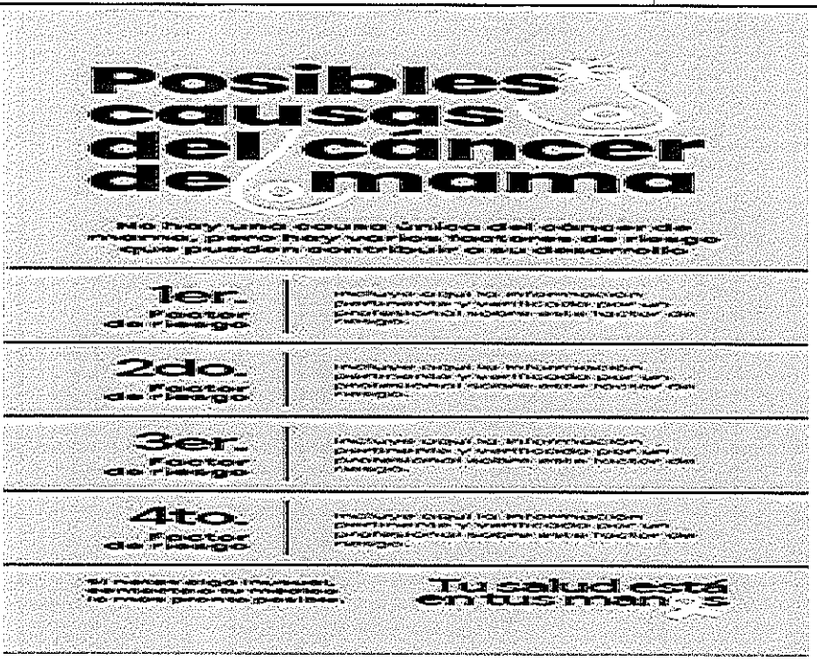
- **No mantenerse físicamente activa.** Las mujeres que no se mantienen físicamente activas tienen un mayor riesgo de tener cáncer de mama.

- **Tener sobrepeso u obesidad después de la menopausia.** Las mujeres mayores que tienen sobrepeso u obesidad tienen mayor riesgo de tener cáncer de mama que las que tienen un peso saludable.

- **Tomar hormonas.** Algunas formas de terapia de remplazo hormonal (aquellas que incluyen tanto estrógeno como progesterona) que se toman durante la menopausia pueden aumentar el riesgo de cáncer de mama si se toman por más de 5 años. Ciertos anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas) aumentan el riesgo de cáncer de mama también.

- **Historial reproductivo.** Quedar embarazada por primera vez después de los 30 años de edad, no amamantando y nunca tener un embarazo que llegue a término puede aumentar el riesgo de cáncer de mama.

- **Tomar alcohol.** Algunos estudios muestran que el riesgo de la mujer de tener cáncer de mama aumenta cuanto mayor sea la cantidad de alcohol que tome.



SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER DE MAMA

la mayoría de las personas no experimentarán ningún síntoma cuando el cáncer esté aún en fase temprana, por lo que es importante la detección precoz.

El cáncer de mama puede presentar distintas combinaciones de síntomas, especialmente cuando está en una fase más avanzada.

Los síntomas del cáncer de mama pueden incluir:

- nódulo o engrosamiento en el seno, a menudo sin dolor;
- cambio en el tamaño, forma o aspecto del seno;
- aparición de hoyuelos, enrojecimiento, grietas u otros cambios en la piel;
- cambio en el aspecto del pezón o la piel circundante (aréola);
- secreción de líquido anómalo o sanguinolento por el pezón.

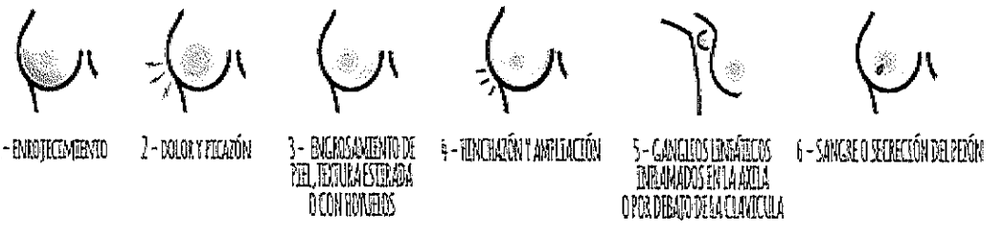
Se recomienda a aquellas personas que presenten un nódulo anómalo en el seno que busquen atención médica, incluso si no es doloroso.

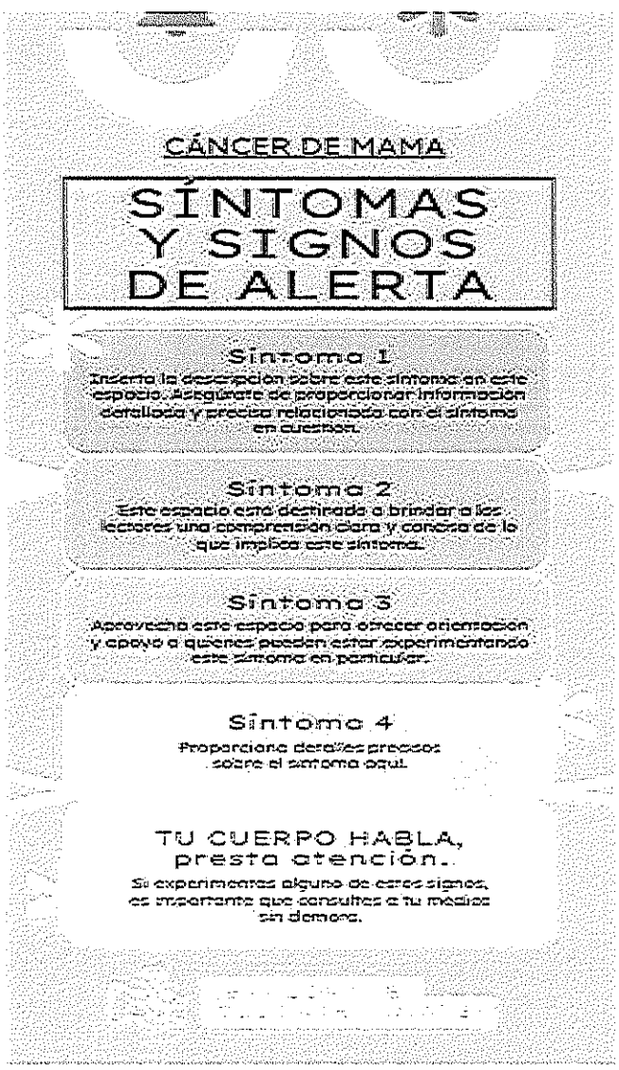
La mayoría de los nódulos en los senos no son cancerosos. Es más probable que el tratamiento de los nódulos cancerosos en los senos sea eficaz si los nódulos son pequeños y no se han propagado a los ganglios linfáticos cercanos.

El cáncer de mama puede propagarse a otras partes del organismo y desencadenar otros síntomas. Con frecuencia, el primer lugar más habitual donde se puede detectar la propagación es en los ganglios linfáticos de la axila, aunque es posible tener ganglios linfáticos cancerosos que no puedan detectarse.

Con el tiempo, las células cancerosas pueden propagarse a otras partes del cuerpo, por ejemplo los pulmones, el hígado, el cerebro y los huesos. Cuando alcanzan esas zonas pueden aparecer nuevos síntomas relacionados con el cáncer, entre ellos dolor óseo o cefaleas.

SIGNOS Y SÍNTOMAS





PRUEBAS Y EXÁMENES

las pruebas de detección de cáncer de mama pueden ayudar a detectar el cáncer de mama temprano, antes de que usted note cualquier síntoma. En muchos casos, detectar el cáncer de mama temprano hace que sea más fácil tratarlo o curarlo. Pero las pruebas de detección también conllevan riesgos, como por ejemplo pasar por alto signos de cáncer. El momento para comenzar las pruebas de detección puede depender de su edad y sus factores de riesgo.

- **Mamografías**

Una mamografía es el tipo más común de prueba de detección. Se trata de una radiografía de la mama que se toma utilizando una máquina especial. Esta prueba se realiza en un hospital o clínica y tarda solo unos minutos. Las mamografías pueden encontrar tumores que son demasiado pequeños como para sentirse.

Las mamografías se realizan para examinar a las mujeres para detectar el cáncer de mama de manera temprana cuando es más fácil de curar. Las recomendaciones de diferentes organizaciones de expertos pueden diferir.

- La mamografía generalmente se recomienda para todas las mujeres a partir de los 40 años, y que se repita cada 1 a 2 años.
- Los mujeres con un historial familiar de cáncer de mama deberían trabajar con su proveedor de atención médica para evaluar su riesgo de cáncer de mama. En algunas situaciones, es posible que se considere realizar pruebas adicionales.

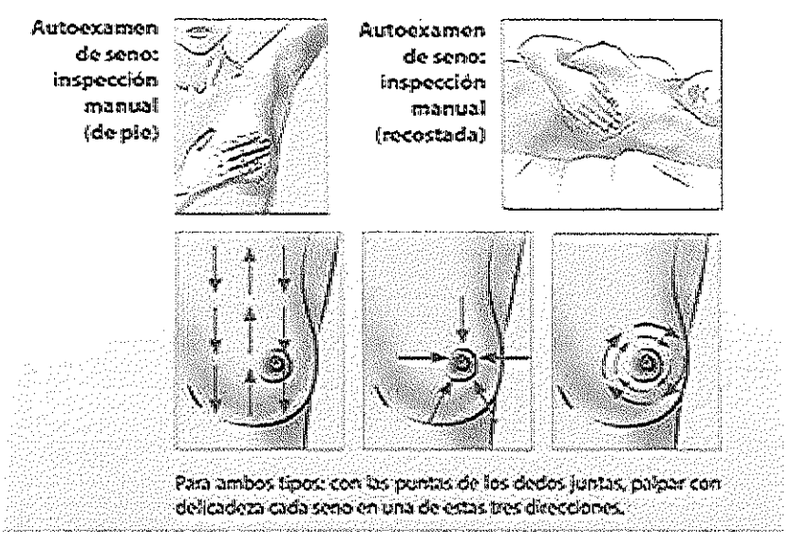
Las mamografías funcionan mejor para encontrar cáncer de mama en mujeres de 40 a 74 años. No está claro qué tan bien funcionan las mamografías para encontrar cáncer de mama en mujeres de 75 años y mayores.

EXÁMENES DE MAMA

Este es un examen en el que se palpan las mamas y las axilas en busca de bultos o cambios inusuales. Su proveedor de atención médica puede llevar a cabo un examen clínico de mama (ECM). También puede explorar sus mamas usted misma. Esto se conoce como autoexamen de mamas (AEM). Realizar autoexámenes puede ayudarla a familiarizarse más con sus mamas. Esto puede facilitarle el notar cambios inusuales en ellas.

Tenga en mente que los exámenes de mamas no reducen el riesgo de morir por cáncer de mama. Tampoco son tan efectivos como las mamografías para detectar el cáncer. Por esta razón, usted no debe depender solamente de los exámenes de mama para detectar el cáncer.

No todos los expertos concuerdan sobre cuándo realizarse o comenzar a realizarse exámenes de mamas. De hecho, algunos grupos no los recomiendan del todo. Sin embargo, eso no significa que no deba realizar o someterse a exámenes de mamas. Algunas mujeres prefieren someterse a los exámenes.



TRATAMIENTO PARA E CÁNCER DE MAMA

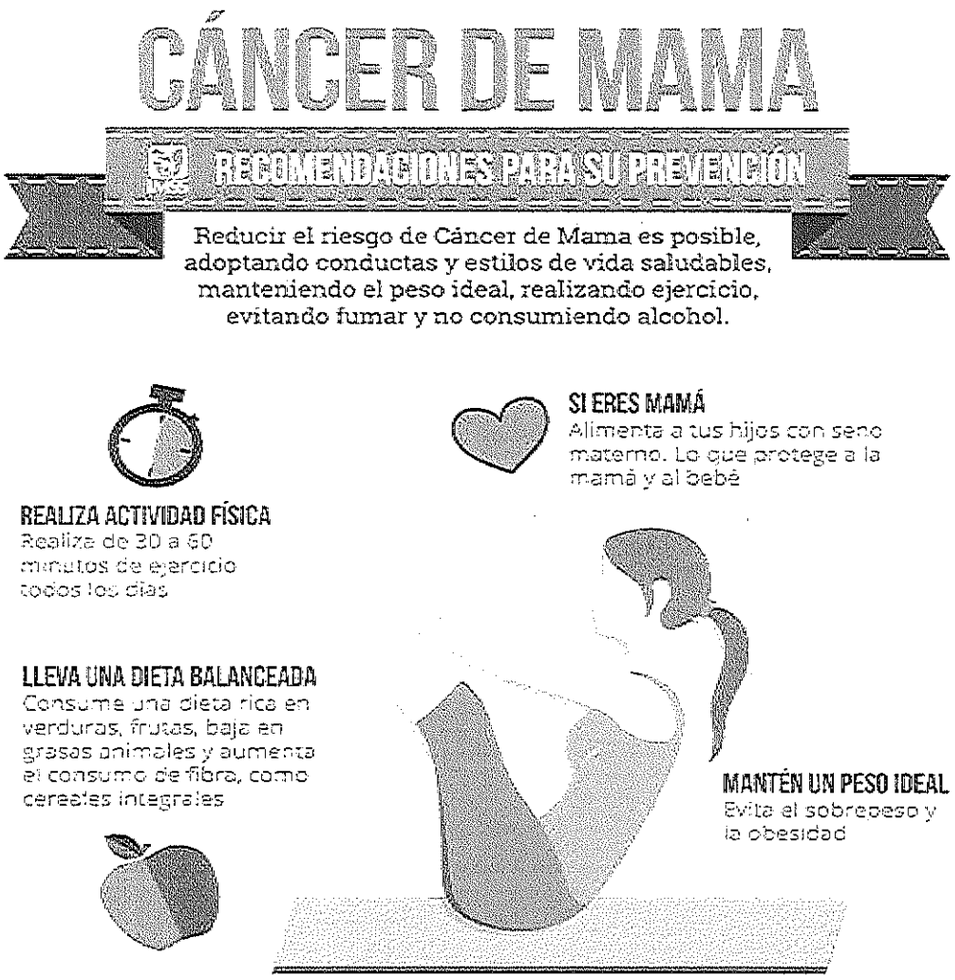
El tratamiento se basa en muchos factores, que incluyen:

- El tipo de cáncer de mama
- El estadio del cáncer (la estadificación es una herramienta que sus proveedores usan para averiguar qué tan avanzado está el cáncer)
- Si el cáncer es sensible o no a ciertas hormonas
- Si el cáncer produce en exceso o no una proteína llamada HER2/neu
- Pruebas sobre los genes del tumor para determinar si usted se beneficiaría de la quimioterapia

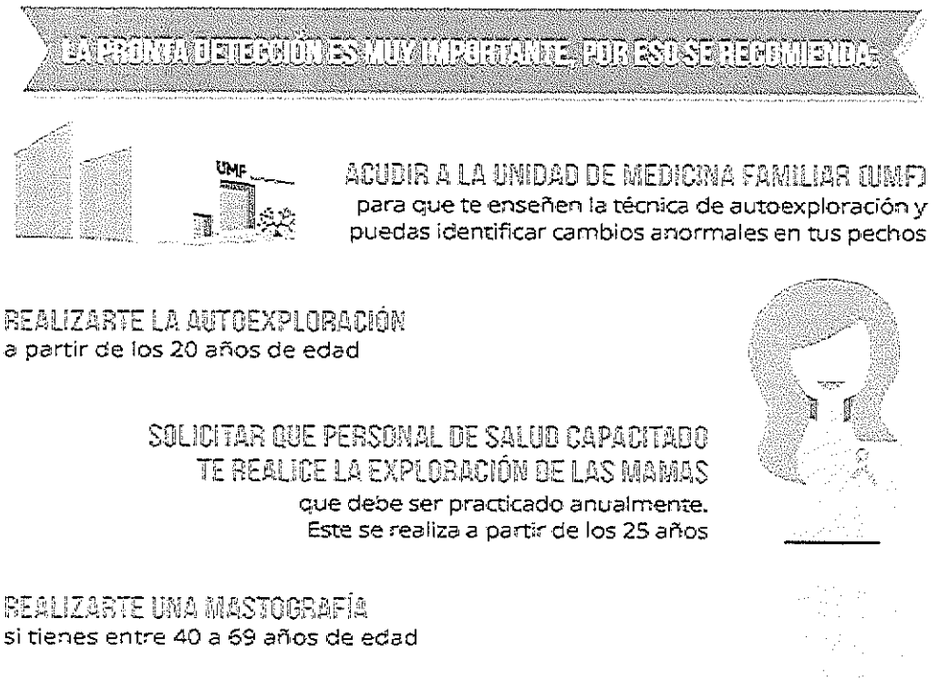
Los tratamientos para el cáncer pueden incluir:

- Terapia hormonal.
- Quimioterapia, que usa medicamentos para destruir las células cancerosas.
- Radioterapia, que se usa para destruir el tejido canceroso.
- Cirugía para extirpar el tejido canceroso: una tumorectomía para extirpar el bulto mamario.
  Una mastectomía para extirpar toda o parte de la mama y posiblemente las estructuras cercanas.
  Los nódulos linfáticos cercanos también se pueden extirpar durante la cirugía.
- El tratamiento dirigido usa medicamento para atacar los cambios en los genes en las células cancerosas.
  La terapia hormonal es un ejemplo de la terapia dirigida. Bloquea ciertas hormonas que estimulan el crecimiento del cáncer.

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA



República de Colombia Gobernación de Santander	FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	CÓDIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	9 de 10



REALIZAR TAMIZAJE A LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO

Los días 20, 26 de noviembre y 04 de diciembre entre la jornada de 8:00 a.m y 12:00 p.m se realizará la educación y re realizará tamización a todas la mujeres san migueleñas de lo diferentes cursos de vida que acudan a la actividad, esta estará a cargo de la jefe de enfermería y acompañada de do auxiliares de la institución.

8.Objetivos	9.Actividades planeadas
Educar a la población del municipio de capitanejo de la importancia de la prevención de cáncer de	Módulo 1: situación actual del cáncer de mama en Colombia y factores de riegos

mama	

Republica de Colombia *Gobernación de Santander*	**FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES**	CÓDIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	10 de 10

Educar a las mujeres de capitanejo sobre el tamizaje de cáncer de mama Incentivar a las mujeres de capitanejo sobre la importancia de detectar el cáncer de mama a tiempo	Módulo 2 Recomendaciones para la detección temprana y tamización del cáncer de mama en Colombia Módulo 3 Tratamiento para el cáncer de mama Módulo 4 Tamización a la población del municipio de san miguel

10. Evidencias: (Registro Fotográfico, máximo 3 fotos representativas





11.Resumen de aspectos relevantes de la actividad:

La información brindada en la actividad educativa de cáncer de mama tuvo una adherencia e importancia significativa en las mujeres captadas en esta estrategia, ya que las actividades van enfocadas para la detención precoz y la prevención del cáncer de seno, de igual manera se recibieron en diferentes momentos de la actividad agradecimiento por la información y la enseñanza que se deja para la realización del paso a paso del autoexamen de seno y la entrega del kits, también se logran felicitaciones por la manera tan didáctica en la que se realizó la actividad ya que se dejó un espacio al final de cada actividad y explicación de la temática informativa planeada para dudas las cuales aclaramos para una mejor recepción de información y que nuestras participantes lograran llevarse la idea de la importancia de la realización constante del autoexamen, igualmente tiempos y posturas adecuadas para la misma, la variedad en los signos de alarma, la importancia de las visitas constantes de chequeo médico, mamografías y posibles tratamientos en caso de presentar cáncer de seno.

12.Conclusiones:

- la estrategia educativa realizada en el municipio de capitanejo fueron efectivas para aumentar el conocimiento sobre la prevención del cáncer de seno, paso a paso del autoexamen con posturas adecuadas y signos de alarma.
- Se puede concluir que es de vital importancia la realización constante de acciones o estrategias educativas didácticas para la detección precoz, seguimiento de complicaciones y la prevención del cáncer de mama

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	Guanentá Ruira	Municipio	Capitanejo	Fecha	26-11-2024	Hora	8:30 Am - 12:00 Pm
Objetivo	Realizar estrategia de Informacion en prevencion de cancer de mama en capitanejo						
Tema / Actividad	Prevencion del cancer de mama						

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ+OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Gloria Amparo Ruiz	28053.621	X						X			3224392754											X				Gloria Amparo Ruiz
	Carmenza Briceño	28053583	X						X			3134731992											X				Carmenza Briceño
	Maria Ascencion Duarte	23560058	X						X			3125848266											X				
	Martha Cecilia Duarte	39696994	X							X		3214793266											X				
	Rosalba Gualteros	28051339	X							X		3124642227											X				Rosalba Gualteros
	Elida Peñaranda	28054123	X						X			3057437248											X				Elida Peñaranda
	Nohemi Angarita	28121428	X							X		3202702978											X				
	Maria Yolanda B.	1098101565	X					X				3235775980											X				Yolanda Balaguera
	Luis Felipe B	1098101756	X						X			3235769656											X				Luis Felipe Balaguera
	Zenaida Y. Castro	1048730927	X						X			3202847690											X				Yaqueline Castro
	Raquel Ramirez	28052753	X							X		3132915058											X				Raquel Ramirez
	Tatiana Hernandez	1098100847	X					X				3132915058											X				Tatiana Hernandez

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligencias según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 26-11-2021	Hora 8:00 Am - 12:00 pm
Objetivo Realizar estrategia de informacion en prevencion del cancer de mama en capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion cancer de mamo			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
														LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)																		
	Bertha Cecilia Q.	28.238.321	X							X		3112449889											X				Berta Quintero
	Amira D. Cairo	28.228.523	X							X		3207434588											X				Amira Cairo
	Luz Yadira Morales	1098100025	X							X		3207439847											X				Yadira Morales
	Leonilde Garza	60303575	X							X		3106746908											X				Leonilde Garza
	Flor Angela Hdez	63.275.461	X							X		3124223824											X				Flor Angela Hernandez
	Graciela Castro	28053053	X							X		3203980997											X				Graciela Castro
	Maria Elisa Herrera	23454249	X							X		3212587449											X				Maria Elisa Herrera
	Evelia Florez Caceres	20455575	X							X		321487-3429											X				Evelia Florez C.
	Flor Elba Reyes	23550122	X							X		3163374884											X				Flor Elba Reyes
	Zoraida Varga S	28054012	X						X			3108069257											X				Zoraida Varga S.
	Jesika M Blanco	1098102057	X					X				3504869869											X				Jesika Marcela Bl.
	Martha Lucia Soto	28053246	X							X		3132373486											X				Martha Lucia Soto

320

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	Garcia Rovira	Municipio	Capitanejo	Fecha	26-11-2024	Hora	8:00Am - 12:00Pm
Objetivo	Desarrollar una estrategia de prevencion del cancer de mama para la comunidad						
Tema / Actividad	Prevencion del Cancer de mama						

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 6)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
1	Diana Diaz	1098101418	X						X		Independ:	3106802462										X				
2	Sandra Y. Hernandez	37525048	X						X		Independ.	3144691135										X				
3	Karen Obando	1098101052	X						X		Hogar	3143229316										X				
4	Martha Pencaco	28591492	X							X	Enfermera	3209633235										X				
5	Karen L. Sandoval	1075364646	X							X	Alcaldia	3135421945										X				
6	David P. Vega	1098102582	X					X			Alcaldia	3112473864										X				
7	Derly Maraimo Gelvez	1098102073	X					X			Alcaldia	3118911825										X				
8	Leidy J. Giamos	1099245623	X					X			Alcaldia	3235354660										X				
9	Karen Ovalle	1030693793	X					X			Hogar	3108752497										X				
10	Javanna Gantiva	1102790163	X					X			Hogar	3114255031										X				
11	Martha Rojas	1093774020	X					X			HSB	3123481119										X				
12	Zolma L. Manrique	1065300130	X					X			Hogar	3102294112										X				

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	García Rovira	Municipio	Capitanejo	Fecha	26 - 11 - 2024	Hora	8:00Am - 12:00 pm
Objetivo	Realizar estrategia de información en prevención de cancer de mama en la comunidad de capitanejo						
Tema / Actividad	Prevencion del embarazo cancer de mama						

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 60)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Carmen Cruz	63392.384	X							X	Hogar	3115652851										X				
	Angie Katherin Manrique	1005298188	X							X	Aux. de Enf	3213059662										X				Angie Manrique
	Yamile Portillo	1001341828	X							X	Independ.	3226134118										X				Yamile portillo
	Astrid Urrego	1152710080	X							X	Hogar	312 6337259										X				Astrid Urrego
	Angelica Rojas	1098101949	X							X	Hogar	3103434162										X				Ang Rojas S.
	Katherin Gomez	1143952261	X							X	Hogar	3126000421										X				Katherin Gomez
	Deisi Yolanda Chacon	1100805780	X							X	Hogar	3132782681										X				Deisy Yolanda Chacon
	Karla Tarazona	PT 5124037	X							X	Hogar	3118464756										X				Karla Tarazona
	Yesica A. León	1098102698	X							X	Hogar	3212590604										X				Yesica A. León
	Rosibys Ahumada	1034237925	X							X	Hogar	3227137902										X				Rosibys Ahumada
	Karoll Taborda	1067601571	X							X	Estudiante	3173594409										X				Karoll Taborda
	Graciela Estupiñan	28053611	X							X	Hogar	3132866557										X				Graciela Estupiñan

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia GARCIA ROVIRA	Municipio capitanejo	Fecha 26-11-2024	Hora 8:00AM – 12:00PM
Objetivo Realizar estrategias de informacion en prevencion de cancer demama			
Tema / Actividad cancer de mama Prevencion			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Marlen Blanco	28052374	X							X	Docente	3128547509											X				Marlen Blanco
	Maria Ismenia G	28052286	X							X	Hogar	3113583827											X				Maria Ismenia Garcia
	Angie Rojas	1010062865	X					X			SST	3138836533											X				Angie Rojas
	Julieta Baron	28392757								X	Hogar	3108607057											X				Julieta Baron
	Flor Maria Machuca	28053289	X						X		Hogar	3134012094											X				Flor Maria Machuca
	Amanda Cristancho	28054200	X							X	Hogar	3205207545											X				Amanda Cristancho
	Stefany Salinas	1098102317	X					X			H.S.B	3186521031											X				Stefany Salinas
	Mildonio Chapeta	37525032	X						X		Hogar	3214212888											X				Mildonio Chapeta
	Sofia Cuevas	28054884	X					X			Hogar	3105041518											X				Sofia Cuevas
	Diana Prada	1098102691	X						X		Hogar	3137983081											X				Diana Prada
	Maribel Correa	1098100586	X						X		Hogar	3124758291											X				Maribel Correa
	Marlene Angarita	28228770	X						X		Hogar	3108532094											X				Marlene Angarita

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	Garcia Rovira	Municipio	Capitanejo	Fecha	26-11-2024	Hora	8:00AM - 12:00PM
Objetivo	Realizar estrategias de informacion de prevencion del cancer de mama						
Tema / Actividad	Prevencion del cancer de mama						

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 6)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Luz Dary Gaona	1022419744	X						X		Hogar	3113299434											X				Luz Dary Gaona
	Maria Isabel Garcia	28054497	X						X		Hogar	3202827006											X				Maria Isabel Garcia
	Alanis Reyes	33575913	X					X			Hogar	3135754231											X				Alanis Reyes
	Valeria Gonzalez	1099302734	X				X				Hogar	3138118089											X				Valeria Gonzalez
	Maria Sade Bano	63395750	X					X			Hogar	3158604520											X				Maria Sade Bano
	Arde Rojas	28055627	X						X		Hogar	3204916966											X				Arde Rojas
	Yudy Andrea Gutie	1096951636	X					X			Hogar	3108066130											X				Yudy Andrea Gutie
	Empreratriz Reyes	28052498	X					X			Hogar	3143629896											X				Empreratriz Reyes
	Maria de los Angeles	28052280	X					X			Hogar	3205215143											X				Maria de los Angeles
	Beloy Yurley Murillo	28054887	X						X		Hogar	3132825557											X				Beloy Yurley Murillo
	Monica Guevara	52300474	X					X			Hogar	3025991857											X				Monica Guevara
	Yudy Angelica Manrique	1098100486	X						X		Hogar	3102970999											X				Yudy Angelica Manrique

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencia según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 26 - 11 - 2024	Hora 8:00AM - 12:00 PM
Objetivo Realizar estrategia de Informacion en Prevencion del cancer de mama en la comunidad de capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion del cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
														LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)																		
	Nelly Herrera B.	28053374	X						X		HSB.	3138102610												X				Nelly Herrera
	Adriana Hernandez	1098100266	X						X		Hospi	3145474644												X				Adriana Hernandez
	Luz Stella Archila	28054194	X							X	Independiente	3144112416												X				Luz Stella Archila
	Isabel Sierra	28053518	X					X			Indepen.	3132378841												X				Isabel Sierra
	Fabian Steban	1096959911	X						X		Comfelaho	3023670959												X				Fabian Steban
	Diana Carolina Caste	1005501628	X						X		Hospi	3227636312												X				Diana Carolina Castello
	Maria Stella Pacheco	63488796	X					X			Hospi	3138275462												X				maria stela Pacheco
	Nancy Stella Castillo	28059412	X						X		Hospi	3138298006												X				Nancy Stella Castillo
	Seyra B. Alvarez	1095809514	X						X		Hospi	3222467413												X				Seyra Bolivar Alvarez
	Maria Cecilia Blanco	37525062	X					X			H.S.B.	3114903079												X				maria cecilia Blanco
	Leidy Velandia	1098102145	X					X			H.S.B.	3214951963												X				Leidy Velandia
	Lizeth Montero	1099662320	X						X		H.S.B.	3114732419												X				Lizeth Montero

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligenciar según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 26-11-2024	Hora 8:00AM - 12:00 PM
Objetivo Realizar estrategia de informacion en prevencion del cancer de mama en la comunidad de capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion del cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
														LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 6)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 60)	ADULTO MAYOR (60+)																		
	Deisy Paola Pita	1098101379	X					X			Hogar	3224912590												X				Deisy Paola Pita
	Martha Isabel G	60912116	X						X		Hogar	3115219825												X				Martha Isabel G
	Jaicle Cordero	37525026	X					X			Hogar	3243364907												X				Jaicle Cordero
	Maria H Maldonado	1098101134	X						X		Hogar	3112844661												X				Maria Helena Maldonado
	Maria Patricia Suarez	1098100911	X					X			Hogar	3115108541													X			Patricia suarez
	Adriana Rojas	1098101898	X						X		Hogar	3123072192													X			Adriana Rojas
	Maria Elodia Suarez	28653769	X						X		Hogar	3105821241													X			Maria Elodia Suarez
	Bertilda Cerezo	63376838	X						X		Carplaya	3202435011													X			Bertilda Cerezo
	Eduvara Nunez	28421561	X						X		Malinos	3104617020													X			Eduvara Nunez
	Pilar Manrique	1098402130	X					X			Sabana	3014204130												X				Pilar Manrique
	Sara Tuarez	28052421	X							X	Malinos	3114211431													X			Sara Tuarez
	Flor Angela Cacky	28054231	X							X	Malinos	3104241036													X			Flor Angela Cacky

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 26-11-2024	Hora 8:00 AM - 12:00 PM
Objetivo Realizar estrategias de prevencion de cancer de mama en la comunidad de capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion del cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ+OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Rocio Garcia	28 526.559	X								Hogar	3143850109.											X			Rocio Garcia.
	Gely Manrique	28054 056	X								HSB.	313.882 3514.										X				Gely Manrique.
	Laura V. Suarez	1014296370	X								H.S.B	319727 1252.										X				Laura Suarez
	Sandra M. Galvis	28054630	X								H.S.B	3108537917											X			Sandra Galvis
	Carmen Adaime	63393.167	X								H.S.B	313.38.9772.											X			Carmen Valencia
	Sandra M. Gely	63397079	X								H.S.B	3102213845										X				Sandra Gely
	Luisa Molina	28054.323	X								H.S.B	3213362286										X				Luisa Molina
	Maria C Sachica	28053313	X								H.S.B	3104038156										X				Maria Sachica
	Mercedes Herrera	28052879	X								Hogar	3209968846										X				Ana Luisa Mejia
	Ana Belen Marquez	23452879									Hogar	3148237615											X			Milena Cardenas
	Milena Cardenas	28681944	X								H.S.B	3148237579										X				Karen Becerra
	Karen Becerra	28053.105	X								Hogar	3137559289										X				Karen Becerra

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitanas) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 26-11-2021	Hora 8:00Am - 12:00pm
Objetivo Realizar estrategias de informacion en Prevencion del cancer de mama en la comunidad de capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion del cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ+ OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES					
																							URBANA	RURAL			
	Yesica Patiño	1092364752	X						X		UROdeo	3218572213												X			Yesica Patiño
	Ruth Basto C.	28059013	X					X			Rodeo	3124126847												X			Ruth Basto
	Yamile Bustamante	28553620	X						X		Rodeo	3146276272												X			Yamile Bustamante
	Sandra M. Cardenas	1098194163	X						X		Rodeo	3229103121												X			Sandra Cardenas
	Maria M. Cetina	1002725873	X						X		Casa B.	3112837527												X			Monica Cetina
	Genoveva Godoy	37930849	X					X			Casa B.	3206744182												X			Genoveva Godoy
	Jatelin Garcia	37930516	X						X		Casa B.	3019825791												X			Yamile Godoy
	Maria Garcia	1098100890	X						X		Casa B	3193604826												X			Maria Garcia
	Olga Cardenas	63398594	X						X		Casa B	3157485336												X			Olga Cardenas
	Maria A. Cardenas	1057544620	X						X		Casa B.	3124675821												X			Maria Cardenas
	Yenny Gualdron	1098101220	X						X		Casa B	3105833401												X			Yenny Gualdron
	Danna Reyes	1098102780	X						X		Casa B	3112362651												X			Danna Reyes

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PRON (Gitana) NARO: Diligende según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo María Ascención Duarte., Identificado con cedula de ciudadanía N° 23560050, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Ascención Duarte.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 23.560.050 de Jhejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Martha Cicmar Duarte, Identificado con cedula de ciudadanía N° 39696994, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Martha Cicmar Duarte
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 39696994 de Bmanga

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Rosalba Gualteros de Quiroz, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28051339, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Rosalba Gualteros

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28051339 de Chgo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 16 / 11 / 2024

Yo Elida Peñaranda, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054123, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Elida Peñaranda
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054123 de Onzaga

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Nohemy Angarita, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28121428, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Nohemy Angarita

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28121428 de Cireo

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo María Yolanda Balaguero, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101565, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yolanda Balaguero
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101565 de Cimeja

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Loisa Felipa Balaguera, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101756, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Loisa Felipa Balaguera
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101756 de alveo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Zenaida Yakelin Castro, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1048730927, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yoquelin Castro
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1048730927 de capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Tatiana Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100847, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Tatiana Hernandez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100847

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2026

Yo Gloria Amparo Ruiz, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053.621, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Gloria Amparo Ruiz.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053621 de Chipaque

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Carmensa Briceño, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053583, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Carmensa Briceño Quintero.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053583 de Cinaja

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Leonilde Gaitz O, Identificado con cedula de ciudadanía N° 60303 575, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Leonilde Gaitz

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 60303.575 de Cucuta

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Graciela Castro, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053.053, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Graciela Castro.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053053

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo María Elisa Aarmaso, Identificado con cedula de ciudadanía N° 23454249, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Elisa Aarmaso

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 23454249

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Evelia Florez Cardenas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 2045575, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Evelia Florez C.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 2045575

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Flor Alba Reyes, Identificado con cedula de ciudadanía N° 23550122, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 23550122 de Cl

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Zorayda Vargas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054012, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054012

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Jessira Marcela Blanco, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102057, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Jessica Marcela Blanco
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102057

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Martha Lucia Sida M, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053.246 G, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Martha Lucia Sida M.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053.246 de Cl.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 28/11/2024

Yo Amira Cairo, identificado con cedula de ciudadanía N° 28228.523, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Amira Cairo

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28228.523 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Bertha Cecilia Quintero, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28.238.321, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Berta Quintero
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28238321 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Luz Padilla Magallon, Identificado con cedula de ciudadanía N°1098100025, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100025 de Capitanejo

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Flor Angela Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 63.275.461, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Flor Angela Hernandez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63.275.461 de Bucaramanga

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Diana Diaz, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101418, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101418

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 /2024

Yo Sandra Yolima Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 37525028, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 37525028

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Karen Obando, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101052, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Karen Obando

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101052

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Martha Peñaranda, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054497, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Martha Peñaranda.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054492

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Karen Sandoval., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1075364461, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Karen Sandoval.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1075364461.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Navid Pada Vega, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102582, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse pór parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102582

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Deily Noraima Grosso., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102073, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Deily Noraime Grosso.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102073

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Leidy Granados, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1099245623, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1099245623

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Karen Ovalle, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1030683793, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Karen Ovalle
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1030683793

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Jovanna Guette, Identificado con cedula de ciudadanía N° 30279063, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Jovanna Guette
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 30279063

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Martha Rojas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1093774020, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Martha Rojas
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1093774020

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Zulma Manrique, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1005300130, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1053001 30

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Carmen Cruz., Identificado con cedula de ciudadanía N° 63392384., estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63392384.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Angie Katherin Manrique, Identificado con cedula de ciudadanía N°1005298188, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Angie Manrique
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1005298188

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Yamile Portillo., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1001341828, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

yamile portillo.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1052981828

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Astrid Urrutia, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1001341828, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Astrid Urrutia
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1152710080

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Ana Elva Rojas., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101940, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Ana Elva Rojas S.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101940

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Katheun Gomez Rincon., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1143852261, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1143852261

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Deisy Yolanda Chia, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1100505780, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Deisy Yolanda Chia

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1100505780

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Karla Tarez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 51524 37, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Karla Tarez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 51524 37

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 /2024

Yo Yesica A. Leon. B., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102698, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yesica A Leon.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102698

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Rosalbys Ahumada, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1034323792 5, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Rosalbys Ahumada

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1034223792 5

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Karoll Taborda, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1067601571, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Karoll Taborda

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1067601571

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Graciela Estupiñan, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053011, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Graciela Estupiñan
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053011

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Maiten Blanco, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052374, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052374

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Maira Ismenia Galvis, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052256, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maira Ismenia Galvis

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052256

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Angie Rojas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1010062865, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Angie Rojas.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1010062865.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Joliela Baron., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28392757, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Joliela Baron.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28392757

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Flor Maria Machuca, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053289, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Flor Maria Machuca

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053289

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2021

Yo Amparo Carbonell, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28C54200, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Amparo Carbonell

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28C54.200

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Stefany Salinas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102317, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Stefany Salinas

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102317

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Mildonra Chaparro, Identificado con cedula de ciudadanía N° 37525032, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 37525032

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Sofia Coevers, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054884, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054884

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Diana Prada, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102691, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Diana Prada

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102691

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Maribel Correa, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098.100586, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maribel Correa.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100586

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Luz Dary Godoy, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1022419944, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Luz Dary Godoy.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1022419944

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Maria Isabel Garcia, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054447, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maria Isabel Garcia
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054447

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Alanis Reyes., Identificado con cedula de ciudadanía N° 33575913, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Alanis Reyes.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 33575913

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Valeria Gonzalez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1099302 7234, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Valeria Gonzalez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1099302 7234

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo María Saide Blanco, Identificado con cedula de ciudadanía N° 63395750, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Saide Blanco

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63395750

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Aide Rojas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28055627, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Aide Rojas

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28055627

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Yady Andrea Gutierrez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096951636, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yady Andrea Gutierrez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096951636

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Emperatriz Reyes, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052280, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Emperatriz Reyes

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052280

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Maria de los Angeles Hernandez Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052280, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maria Angeles Hernandez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052280

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Beloy Yulrey Murillo, Identificado con cedula de ciudadanía Nº 28054887, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Beloy Yulrey Murillo

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054887

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Monica Guevara, Identificado con cedula de ciudadanía N° 52300474, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Monica Guevara.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 52300474

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Yudy Angelica Manrique, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100786, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yudy Angelica Manrique

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Nancy Stella Castillo., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28059412, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Nancy Stella Castillo

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28059412

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Nelly Herrera Baron, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053374, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Nelly Herrera Baron

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053374

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Adriana Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100266, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Adriana Hernandez

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1098100260

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Luz Stella Archila, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054 1949, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Luz Stella Archila

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054 1949

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Isabel Sierra, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053518, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Isabel Sierra

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053518

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Jolman Steban H., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096959911, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096959911

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Diana Carolina Castellanos, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1006501628, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Diana Carolina Castellanos
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1006501628

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo. Maria Stella Pacheco, Identificado con cedula de ciudadanía N° 63498796l, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maria Stella Pacheco
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63498796l

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Sayra Brigith Alvarez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1095809514, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1095809514

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo María Cecilia Blanco, Identificado con cedula de ciudadanía N° 37525068, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Cecilia Blanco

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 37525068

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Leidy Velandia, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102145, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Leidy Velandia.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102145.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Lieth Martinez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1099662320, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Lieth Martinez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1099662320

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Deisy Paola Pita., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098.101379, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Deisy Pita.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101379

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Martha Isabel Gualdron, Identificado con cedula de ciudadanía N° 60912116, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Martha Isabel Gualdron.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 60912116

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Jaide Cadet, Identificado con cedula de ciudadanía N° 3752026, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Jaide Cardeno.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 3752026

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo María Helena Maldonado, identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101134, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Helena Maldonado

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101134

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Maria Patricia Suarez., Identificado con cedula de ciudadanía N°1098100134, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

patricia suarez.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100134

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Adriana Rojas., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101898, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Adriana Rojas.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101898

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo María Elodia Suarez., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053769, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Elodia Suarez.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053769

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Bertilda Cerezo, Identificado con cedula de ciudadanía N° 63396839, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Bertilda Cerezo

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63396839

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Adriana Nuñez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28421561, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Adriana Nuñez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28421561

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Pilar Manrique, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098420230, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Pilar Manrique.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102130.

421

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Sara Triana, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052421, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

sara Triana

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052421

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Flor Angela Goday, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054231, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Flor Angela Goday

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054231

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Rocio Garcia, Identificado con cedula de ciudadanía N°28052559, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Rocio Garcia

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052559

Republica de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Eddy Manrique, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054056, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Eddy Manrique

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054056

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Jairo Suarez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1014296370, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1014296370

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Sandra Milena Galla, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054630, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054630

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Carmen Adarme M, Identificado con cedula de ciudadanía N° 63393.167, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Carmen Adarme

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63.393167

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Sandra Milena Celi, Identificado con cedula de ciudadanía N° 63.397079, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63397079

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Luisa Medina, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28C54323, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Luisa Medina Duarte
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28C54323

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 / 2024

Yo María Eugenia Sachica, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053313, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Eugenia Sachica

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28053313

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Mercedes Herrera Baron, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052879, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052879

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Ana Belen Monsalve, Identificado con cedula de ciudadanía N° 23452879, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Ana Belen Monsalve.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 23452879

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Milena Cardenas Archila, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28681294 1, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Milena Cardenas

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28681294 1

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Karen Becerras, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053105, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Karen Becerra
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053105

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Yessica Patiño, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1092364752, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yessica Patiño.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1092364752

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Ruth Basto, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054013, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarsè por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Ruth Bastos

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054013

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26 / 11 / 2024

Yo Yamile Bustamante, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053620, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yamile Bustamante

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053620

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Sandra Milena Cardenas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101463, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Sandra Cardenas

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1098101463

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Monica Cetina, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1027250973, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Monica Cetina
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1027250973

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Cenovia Godoy, Identificado con cedula de ciudadanía N° 37930840, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Cenovia Godoy
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 37930840

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Jakelin Garcia, Identificado con cedula de ciudadanía N° 37930516, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Jakelin Garcia

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 37930576

442

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo. Maria Garcia, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100890, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maria Garcia.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100890

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Maria Olga Cardenas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 63398594, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maria Olga Cardenas

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 63398594

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Maria Alejandra Cardenas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1057544629, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1057544629

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/ 11 /2024

Yo Yenny Alejandra Gualdron V., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098,101280, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yenny Gualdron
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098,101280

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 26/11/2024

Yo Danna Ximena Rojas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100280, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Danna Ximena Rojas
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100280

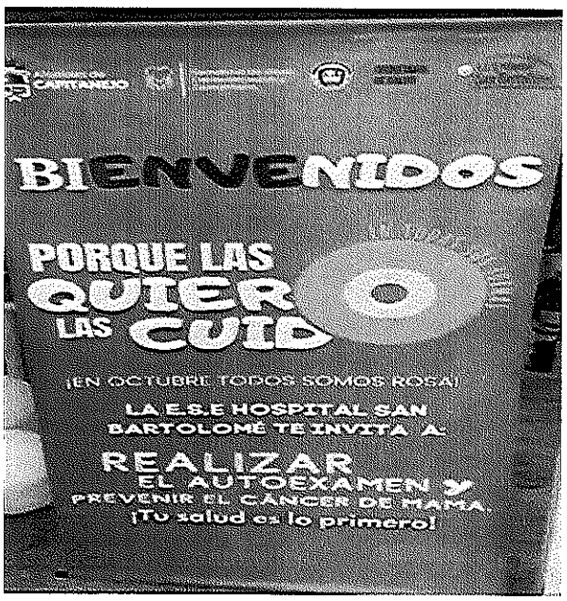
Republica de Colombia Gobernación de Santander	FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	CÓDIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	1 de 10

FICHA TECNICA #3	
1.Hora:	8-.30 am a 12:30 p.m
2.Fecha de realización:	04 de diciembre de 2024
3.Participantes:	población del municipio de capitanejo
5.Lugar:	Casa de la cultura del municipio de capitanejo
6.Tema:	CANCER DE MAMA

7. Desarrollo de la actividad

Siendo las 8:30 a.m del día 04 de diciembre en el la casa de la cultura del municipio de capitanejo se da inicio a la actividad PREVENCION CANCER DE MAMA, previa concertación de la actividad con la secretaria de salud del municipio. Se instala el STAN el cual cuenta con kits, una mesa informativa con senos artificiales con los diferentes signos de alarma, un pasacalle con mensaje, infografías sobre que es el cáncer de mama, como prevenir el cáncer de mama, la importancia del realizarse el auto examen y tratamiento.









Durante toda la jornada de educacion se hablan a los diferentes cursos de vidad que participaran del stan, donde la JEFE DE ENFERMERIAa cargo con apoyo de la medicca rural y dos auxiliares de enfermeria, proceden a ejecutar los mudulos:

Nombre del Módulo	Objetivo específico y contenidos	Conferencista

Republica de Colombia Gobernación de Santander	FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	CÓDIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	2 de 10

Módulo 1:que es el cáncer de mama y situación actual en Colombia	**Objetivos:** -Reconocer La Magnitud De La Situación De Cáncer De Mama En Colombia - Saber Que Es La Enfermedad De Cáncer De Mama **Contenidos:** -Incidencia De Cáncer De Mama En El Mundo -Que Es El Cáncer De Mama	Jefe de enfermería
Módulo 2 factores de riesgo del cáncer de mama	**Objetivos:** **-Identificar Los Factores De Riesgos Para Estar Alertas Frente A La Enfermedad De Cáncer De Mama** **Contenidos:** -Factores De Riesgo Que Puedo Cambiar Factores De Riesgo Que No Puedo Cambiar	Jefe de enfermería
Módulo 3 Signos y síntomas del cáncer de mama	Objetivos: -Identificar Los Signos De Alarma Frente A La Enfermedad De Cáncer De Mama - Conocer Los Síntomas Que Puede Presentar La Enfermedad De Cáncer De Detectar De Manera Temprana Los Cambio O Síntomas Del Cáncer De Mama En Las Mujeres del municipio de capitanejo CONTENIDOS: -Signos De Alarma Cáncer De Mama -Síntomas Cáncer De Mama	Jefe de enfermería
Módulo 4 Pruebas y exámenes	Objetivos: -Conocer Y Saber Como Y Cuando Debo Hacerme La Mamografía - Conocer Y Saber Cómo Y Cuando Debo Hacerme El Autoexamen **CONTENIDO:** -Que Es La Mamografía -Cuando Debo Hacerme Una Mamografía Que Es El Autoexamen -Cuando Debo Hacerme El Autoexamen -Condiciones Para Realizarme El Autoexamen	Jefe de enfermería
Modulo 5 Tratamiento para e cáncer de mama	Objetivos: -que las mujeres del municipio de capitanejo conozcas el tratamiento y los pasos a seguir una vez diagnosticadas con cáncer de mama -resaltar que el cáncer de mama tiene cura una vez se detecte a tiempo **CONTENIDO:** -tratamiento cáncer de mama	Jefe de enfermería

Modulo 7 Realizar tamizaje a la Población del municipio de capitanejo	OBJETIVOS: -que las mujeres de capitanejo se familiaricen con sus senos para detectar rápidamente cualquier cambio en ellos como un bulto, enrojecimiento o secreción anormal del pezón. CONTENIDO: Realizarse el autoexamen con la jefe de enfermería	Jefe de enfermería

MODULO 1: QUE ES EL CÁNCER Y SITUACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN COLOMBIA

El cáncer de mama es la proliferación anormal y desordenada de células mamarias malignas que conduce al crecimiento descontrolado de un tumor dentro de la mama, el cual tiene la capacidad de invadir a otros órganos. Se considera la primera causa de enfermedad y muerte por cáncer entre las mujeres colombianas. También se presenta en menor número en hombres.

Para Colombia, el cáncer de mama es el principal cáncer del país, con 13 376 casos nuevos en 2018 (tasa de incidencia de 63,9 casos por cada 100 000 mujeres mayores de 15 años) y es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres con una tasa de 17,2 muertes por cada 100 000 habitantes (7).

El cáncer de mama es un problema de salud pública que va en aumento a nivel nacional y mundial. Es considerado la principal causa de incidencia y mortalidad por cáncer en las mujeres en Colombia y en la mayoría de los países latinoamericanos y del Caribe; por lo que se hace necesario reforzar los mensajes sobre los modos, condiciones y estilos de vida, autocuidado, tamización, signos y síntomas asociados a esta enfermedad, y la importancia de acudir a los servicios de salud oportunamente.

1 de cada 8 mujeres puede desarrollar cáncer de mamá durante su vida



El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente y la causa más común de muerte en mujeres a nivel mundial. Se origina cuando las células mamarias comienzan a crecer sin control formando un tumor que a menudo se puede observar en una radiografía o se puede palpar como una masa o bulto.



Cada año se detectan entre 400 y 500 nuevos casos en población femenina, Veracruz ocupa el primer lugar nacional con mas casos, siendo entre los 35 y 45 años el grupo de edad donde se tiene la mayor incidencia.

FACTORES DE RIESGO CANCER DE MAMA

FACTORES DE RIESGO QUE NO PUEDEN CAMBIAR

- **Hacerse mayor.**

El riesgo de cáncer de mama aumenta con la edad. La mayoría de los cánceres de mama se diagnostica después de los 50 años de edad.

- **Mutaciones genéticas.**

Cambios heredados (mutaciones) en ciertos genes, tales como en el BRCA1 y el BRCA2, aumentan el riesgo de presentar cáncer de mama y de ovario.

- **Historial reproductivo.**

El comienzo de la menstruación antes de los 12 años de edad y de la menopausia después de los 55 años de edad exponen a las mujeres a hormonas por más tiempo, lo cual aumenta el riesgo de cáncer de mama.

- **Tener mamas densas.**

Las mamas densas a veces puede hacer difícil la detección de tumores en una mamografía. Las mujeres con mamas densas también tienen más probabilidades de tener cáncer de mama.

- **Antecedentes personales de cáncer de mama o ciertas enfermedades de las mamas que no son cancerosas.**

Las mujeres que han tenido cáncer de mama tienen mayores probabilidades de tener esta enfermedad por segunda vez. Algunas enfermedades de las mamas que no son cancerosas, como la hiperplasia ductal atípica o el carcinoma lobulillar *in situ,* están asociadas a un mayor riesgo de tener cáncer de mama.

- **Antecedentes familiares de cáncer de mama o cáncer de ovario.**

Tener antecedentes familiares de cáncer de mama podría aumentar el riesgo de presentar cáncer de mama. Por ejemplo, el riesgo podría ser mayor si la madre, hermana o hija de la persona (familiares de primer grado) o varios de sus familiares de cualquier lado de la familia han tenido cáncer de mama, o si un familiar tuvo cáncer de mama a una edad temprana. Los antecedentes familiares de cáncer de ovario o cáncer de mama de un familiar de sexo masculino también aumentan el riesgo.

- **Tratamientos previos con radioterapia.**

Las mujeres que han recibido radioterapia en el pecho o las mamas antes de los 30 años de edad (por ejemplo, para el tratamiento del linfoma de Hodgkin) tienen un riesgo mayor de presentar cáncer de mama más adelante en la vida.

FACTORES DE RIESGO QUE PUEDEN CAMBIAR

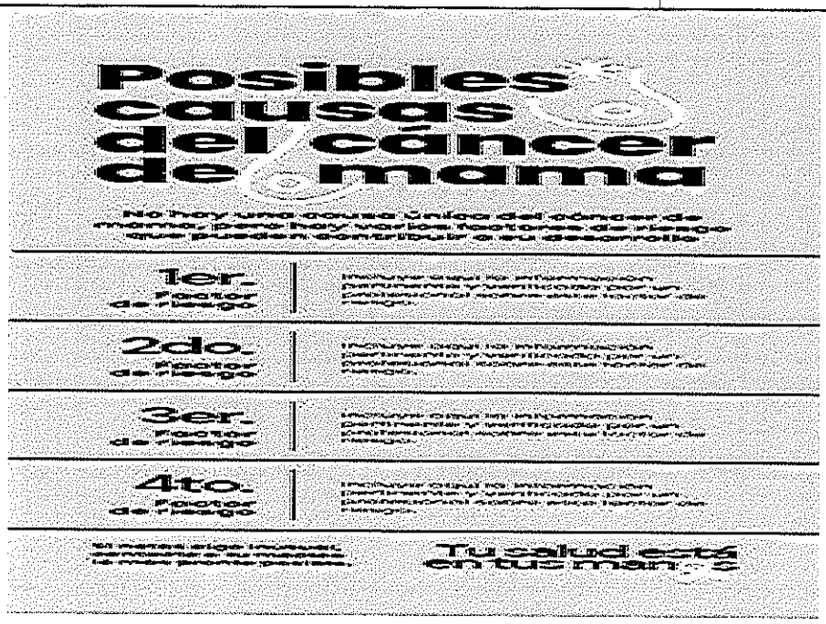
- **No mantenerse físicamente activa.** Las mujeres que no se mantienen físicamente activas tienen un mayor riesgo de tener cáncer de mama.

- **Tener sobrepeso u obesidad después de la menopausia.** Las mujeres mayores que tienen sobrepeso u obesidad tienen mayor riesgo de tener cáncer de mama que las que tienen un peso saludable.

- **Tomar hormonas.** Algunas formas de terapia de remplazo hormonal (aquellas que incluyen tanto estrógeno como progesterona) que se toman durante la menopausia pueden aumentar el riesgo de cáncer de mama si se toman por más de 5 años. Ciertos anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas) aumentan el riesgo de cáncer de mama también.

- **Historial reproductivo**. Quedar embarazada por primera vez después de los 30 años de edad, no amamantando y nunca tener un embarazo que llegue a término puede aumentar el riesgo de cáncer de mama.

- **Tomar alcohol.** Algunos estudios muestran que el riesgo de la mujer de tener cáncer de mama aumenta cuanto mayor sea la cantidad de alcohol que tome.



SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL CÁNCER DE MAMA

la mayoría de las personas no experimentarán ningún síntoma cuando el cáncer esté aún en fase temprana, por lo que es importante la detección precoz.

El cáncer de mama puede presentar distintas combinaciones de síntomas, especialmente cuando está en una fase más avanzada.

Los síntomas del cáncer de mama pueden incluir:

- nódulo o engrosamiento en el seno, a menudo sin dolor;
- cambio en el tamaño, forma o aspecto del seno;
- aparición de hoyuelos, enrojecimiento, grietas u otros cambios en la piel;
- cambio en el aspecto del pezón o la piel circundante (aréola);
- secreción de líquido anómalo o sanguinolento por el pezón.

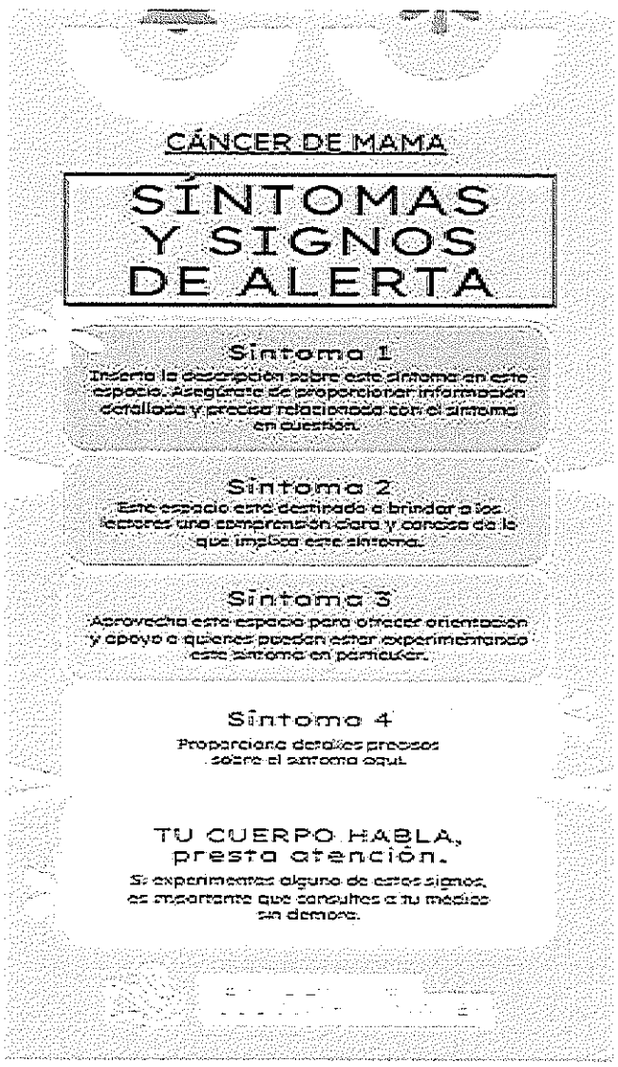
Se recomienda a aquellas personas que presenten un nódulo anómalo en el seno que busquen atención médica, incluso si no es doloroso.

La mayoría de los nódulos en los senos no son cancerosos. Es más probable que el tratamiento de los nódulos cancerosos en los senos sea eficaz si los nódulos son pequeños y no se han propagado a los ganglios linfáticos cercanos.

El cáncer de mama puede propagarse a otras partes del organismo y desencadenar otros síntomas. Con frecuencia, el primer lugar más habitual donde se puede detectar la propagación es en los ganglios linfáticos de la axila, aunque es posible tener ganglios linfáticos cancerosos que no puedan detectarse.

Con el tiempo, las células cancerosas pueden propagarse a otras partes del cuerpo, por ejemplo los pulmones, el hígado, el cerebro y los huesos. Cuando alcanzan esas zonas pueden aparecer nuevos síntomas relacionados con el cáncer, entre ellos dolor óseo o cefaleas.





PRUEBAS Y EXÁMENES

las pruebas de detección de cáncer de mama pueden ayudar a detectar el cáncer de mama temprano, antes de que usted note cualquier síntoma. En muchos casos, detectar el cáncer de mama temprano hace que sea más fácil tratarlo o curarlo. Pero las pruebas de detección también conllevan riesgos,

como por ejemplo pasar por alto signos de cáncer. El momento para comenzar las pruebas de detección puede depender de su edad y sus factores de riesgo.

- **Mamografías**

Una mamografía es el tipo más común de prueba de detección. Se trata de una radiografía de la mama que se toma utilizando una máquina especial. Esta prueba se realiza en un hospital o clínica y tarda solo unos minutos. Las mamografías pueden encontrar tumores que son demasiado pequeños como para sentirse.

Las mamografías se realizan para examinar a las mujeres para detectar el cáncer de mama de manera temprana cuando es más fácil de curar. Las recomendaciones de diferentes organizaciones de expertos pueden diferir.

- La mamografía generalmente se recomienda para todas las mujeres a partir de los 40 años, y que se repita cada 1 a 2 años.
- Los mujeres con un historial familiar de cáncer de mama deberían trabajar con su proveedor de atención médica para evaluar su riesgo de cáncer de mama. En algunas situaciones, es posible que se considere realizar pruebas adicionales.

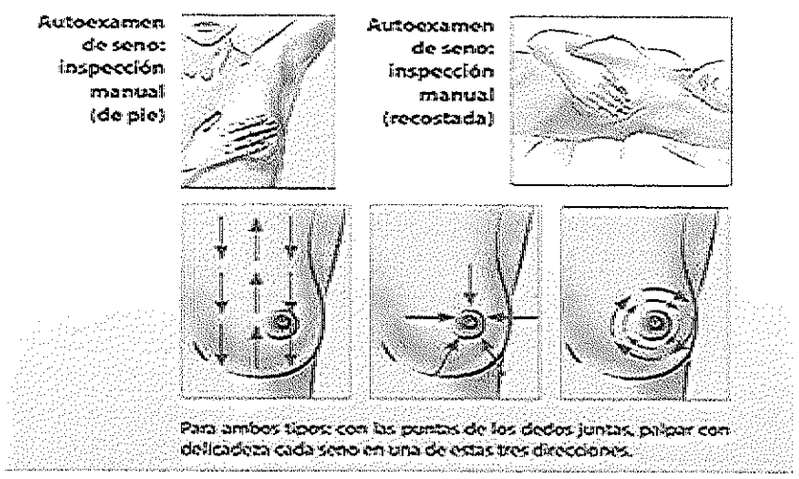
Las mamografías funcionan mejor para encontrar cáncer de mama en mujeres de 40 a 74 años. No está claro qué tan bien funcionan las mamografías para encontrar cáncer de mama en mujeres de 75 años y mayores.

EXÁMENES DE MAMA

Este es un examen en el que se palpan las mamas y las axilas en busca de bultos o cambios inusuales. Su proveedor de atención médica puede llevar a cabo un examen clínico de mama (ECM). También puede explorar sus mamas usted misma. Esto se conoce como autoexamen de mamas (AEM). Realizar autoexámenes puede ayudarla a familiarizarse más con sus mamas. Esto puede facilitarle el notar cambios inusuales en ellas.

Tenga en mente que los exámenes de mamas no reducen el riesgo de morir por cáncer de mama. Tampoco son tan efectivos como las mamografías para detectar el cáncer. Por esta razón, usted no debe depender solamente de los exámenes de mama para detectar el cáncer.

No todos los expertos concuerdan sobre cuándo realizarse o comenzar a realizarse exámenes de mamas. De hecho, algunos grupos no los recomiendan del todo. Sin embargo, eso no significa que no deba realizar o someterse a exámenes de mamas. Algunas mujeres prefieren someterse a los exámenes.



TRATAMIENTO PARA E CÁNCER DE MAMA

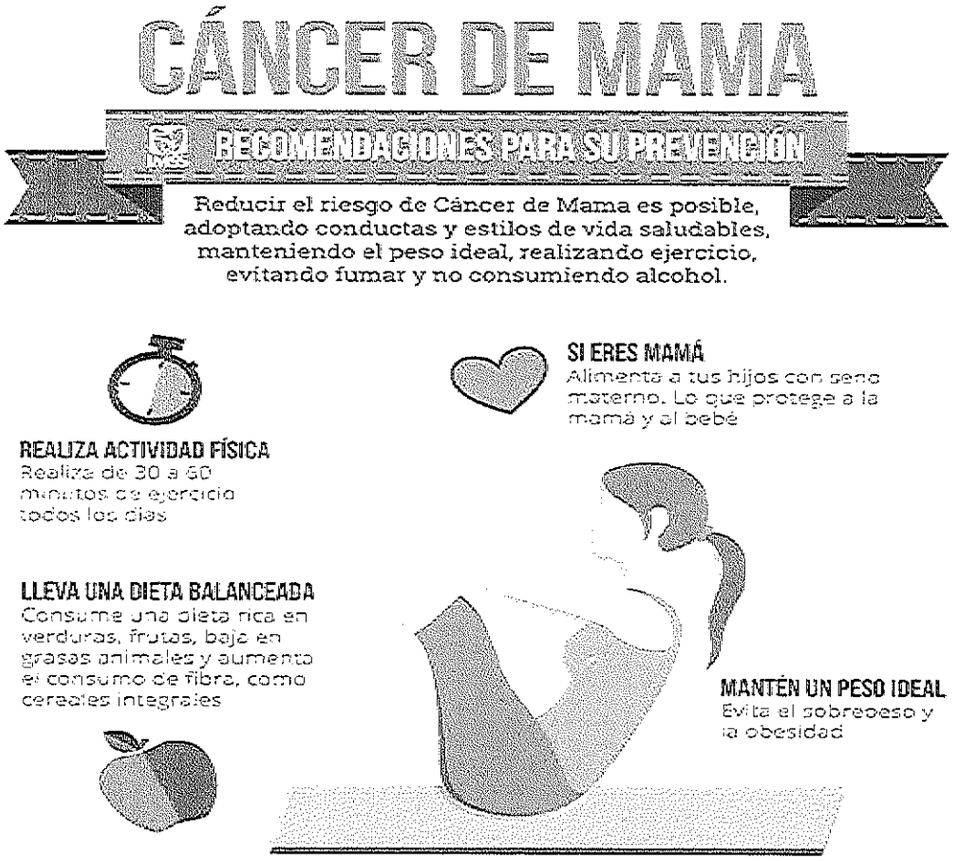
El tratamiento se basa en muchos factores, que incluyen:

- El tipo de cáncer de mama
- El estadio del cáncer (la estadificación es una herramienta que sus proveedores usan para averiguar qué tan avanzado está el cáncer)
- Si el cáncer es sensible o no a ciertas hormonas
- Si el cáncer produce en exceso o no una proteína llamada HER2/neu
- Pruebas sobre los genes del tumor para determinar si usted se beneficiaría de la quimioterapia

Los tratamientos para el cáncer pueden incluir:

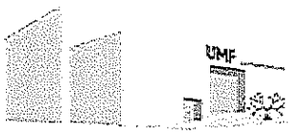
- Terapia hormonal.
- Quimioterapia, que usa medicamentos para destruir las células cancerosas.
- Radioterapia, que se usa para destruir el tejido canceroso.
- Cirugía para extirpar el tejido canceroso: una tumorectomía para extirpar el bulto mamario. Una mastectomía para extirpar toda o parte de la mama y posiblemente las estructuras cercanas. Los nódulos linfáticos cercanos también se pueden extirpar durante la cirugía.
- El tratamiento dirigido usa medicamento para atacar los cambios en los genes en las células cancerosas. La terapia hormonal es un ejemplo de la terapia dirigida. Bloquea ciertas hormonas que estimulan el crecimiento del cáncer.

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER DE MAMA



Republica de Colombia Gobernación de Santander	FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	CÓDIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	9 de 10

LA PRONTA DETECCIÓN ES MUY IMPORTANTE. POR ESO SE RECOMIENDA:



ACUDIR A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR (UMF)
para que te enseñen la técnica de autoexploración y puedas identificar cambios anormales en tus pechos

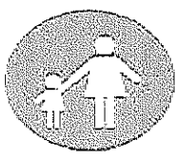
REALIZARTE LA AUTOEXPLORACIÓN
a partir de los 20 años de edad



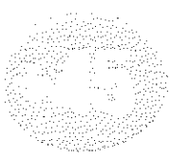
SOLICITAR QUE PERSONAL DE SALUD CAPACITADO
TE REALICE LA EXPLORACIÓN DE LAS MAMAS
que debe ser practicado anualmente.
Este se realiza a partir de los 25 años

REALIZARTE UNA MASTOGRAFÍA
si tienes entre 40 a 69 años de edad

Es más frecuente el Cáncer de Mama si...



TIENES ANTECEDENTES FAMILIARES DE CÁNCER DE MAMA



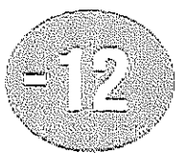
CUENTAS CON MÁS DE 45 AÑOS DE EDAD



TIENES ANTECEDENTES DE QUISTES EN EL PECHO



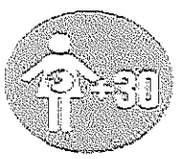
LLEGASTE A LA MENOPAUSIA DESPUÉS DE LOS 50 AÑOS



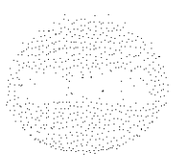
TU PRIMERA MENSTRUACIÓN FUE ANTES DE LOS 12 AÑOS



HAS UTILIZADO TERAPIA HORMONAL DE REEMPLAZO POR MÁS DE 10 AÑOS



TE EMBARAZASTE POR PRIMERA VEZ DESPUÉS DE LOS 30 AÑOS



NO HAS TENIDO HIJOS(AS)

REALIZAR TAMIZAJE A LA POBLACIÓN DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO

Los días 27, 28 y 29 de septiembre entre la jornada de 8:00 a.m y 12:00 p.m se realizará la educación y re realizará tamización a todas la mujeres san migueleñas de lo diferentes cursos de vida que acudan a la actividad, esta estará a cargo de la jefe de enfermería y acompañada de do auxiliares de la institución.

8.Objetivos	9.Actividades planeadas
Educar a la población de capitanejo de la importancia de la prevención de cáncer de mama	Módulo 1: situación actual del cáncer de mama en Colombia y factores de riegos

Republica de Colombia Gobernación de Santander	FICHA TECNICA DE FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES	CÓDIGO	MI-GS-RG-579
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	23/03/2022
		PÁGINA	10 de 10

Educar a las mujeres de capitanejo sobre el tamizaje de cáncer de mama Incentivar a las mujeres de capitanejo sobre la importancia de detectar el cáncer de mama a tiempo	Módulo 2 Recomendaciones para la detección temprana y tamización del cáncer de mama en Colombia Módulo 3 Tratamiento para el cáncer de mama Módulo 4 Tamización a la población del municipio de san miguel

10. Evidencias: (Registro Fotográfico, máximo 3 fotos representativas







11.Resumen de aspectos relevantes de la actividad:

La información brindada en la actividad educativa de cáncer de mama tuvo una adherencia e importancia significativa en las mujeres captadas en esta estrategia, ya que las actividades van enfocadas para la detención precoz y la prevención del cáncer de seno, de igual manera se recibieron en diferentes momentos de la actividad agradecimiento por la información y la enseñanza que se deja para la realización del paso a paso del autoexamen de seno y la entrega del kits, también se logran felicitaciones por la manera tan didáctica en la que se realizó la actividad ya que se dejó un espacio al final de cada actividad y explicación de la temática informativa planeada para dudas las cuales aclaramos para una mejor recepción de información y que nuestras participantes lograran llevarse la idea de la importancia de la realización constante del autoexamen, igualmente tiempos y posturas adecuadas para la misma, la variedad en los signos de alarma, la importancia de las visitas constantes de chequeo médico, mamografías y posibles tratamientos en caso de presentar cáncer de seno.

12.Conclusiones:

- La estrategia educativa realizada en el municipio de capitanejo fueron efectivas para aumentar el conocimiento sobre la prevención del cáncer de seno, paso a paso del autoexamen con posturas adecuadas y signos de alarma.
- Se puede concluir que es de vital importancia la realización constante de acciones o estrategias educativas didácticas para la detección precoz, seguimiento de complicaciones y la prevención del cáncer de mama

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 04-12-2024	Hora 8:30Am – 12:00 Pm
Objetivo Realizar estrategias de Informacion en prevencion del cancer de mama en la Comunidad de capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion de cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Mileidy Pita G.	1098102526	X					X			Hogar	3137231211											X				Mileidy Pita G
	Angy Paola Duarte	1065300094	X					X			Hogar	3151172115											X				Paola Duarte
	Angela Hernandez	6327541167	X						X		Hogar.	3208176111											X				Angela Hernandez
	Josefina Archila	63494321	X						X		Hogar	3137271115											X				Josefina A.
	Evelia Caceres	20455757	X						X		Hogar	3236151217											X				Evelia Florez
	Zoraida Blanco	28054017	X						X		Hogar	3136152012											X				
	Amparo Gomez	28052713	X						X		Hogar	3207133066											X				Amparo G.
	Lina Tellez.	1098101315	X						X		Hogar	3136502103											X				Lina Tellez
	Eley Pinto	1096102320	X					X			Hogar	3136261215											X				Eley F.
	Sandra Gomez	1098101332.	X				X				Hogar	3136152010											X				Sandra Gomez
	Angie. Tellez	1096103232.							X		Hogar	3136305101											X				Angie T. S
	Noralba Cuentas	28052133G							X		Hogar	3208347015											X				Noralba Q.

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligende según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio capitanejo	Fecha 04 - Diciembre - 2024	Hora 8:00 AM - 12:00 PM
Objetivo Realizar estrategias de prevencion de cancer de mama en la comunidad de capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion del cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRÁFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ+OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Danna Ximena Roja	1005297917	X					X		X	Estudiante	3182362656											X				Danna roja S
	Camila Roja	28121436	X							X	Hogar	3104215691											X				Camila Roja
	Camila Quiroz	1095106602	X					X			Hogar	3115077664											X				Camila Quiroz
	Saray Murillo	1096036412	X						X		Hogar	3105214126											X				Saray Murillo
	Jakelin Silva	1098101409	X						X		Hogar	3125134861											X				Jakelin Silva
	Maria Alejandra Silva	1098101733	X						X		Hogar	3118412601											X				Maria Alejandra Silva
	Maricela Espinosa	1098101469	X						X		Hogar	3214347193											X				Maricela Espinosa
	Maria Victoria Florez	1098101119	X						X		Hogar	3138385142											X				Maria Victoria Florez
	Sayuna Godoy	2805494905	X						X		Hogar	3237216107											X				Sayuna Godoy
	Blanca Ines Espinos	1098101886	X						X		Hogar	3133528511											X				Blanca Ines Espinos
	Laura Manuela	1098102092	X						X		Hogar	3227077919											X				Laura Manuela
	Mireya Lopez	1098233445	X						X		Hogar	3104115773											X				Mireya Lopez

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) Visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indigena PROM (Gitana) NARO: Diligenciar según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 04-02-2024	Hora 8:30Am - 12:00 pm
Objetivo Realizar estrategias de informacion de prevencion del cancer de mama en la comunidad			
Tema / Actividad Prevencion del cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Luz Celia Mantilla	28054266	X							X	Hogar	3123282763											X				Luz Celia Mantilla
	Clara Martinez	28053416	X							X	Hogar	3118366107											X				Clara Martinez
	Maria Pinzon	24080095	X							X	Hogar	3103493174											X				Maria Martinez
	Rosario Diaz	1096948774	X							X	Hogar	3228158869											X				Rosario Diaz
	Martina Basto	28393531	X							X	Hogar	3115214593											X				Martina Basto
	Sara Daniela B	1004843887	X							X	Hogar	3224728941											X				Sara Daniela B
	Delilah Patiño	1019122503	X					X			Hogar	3046073332											X				Delilah Patiño
	Diana Camila R	1069-228897	X						X		Hogar	3223364123											X				Diana Rojo
	Jenifer Gliana M	1098101937	X						X		Hogar	3132598220											X				Jenifer Gliana M
	Valeria Lamo	1096946508	X						X		Hogar	3138200853											X				Valeria Lamo
	Stefania Correa	1098100280	X					X			Hogar	3115107814											X				Stefania Correa
	Angela Morantes	1092361053	X						X		Hogar	3229615917											X				Angela Morantes

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 04-12-2024	Hora 8:30 AM - 12:00 PM
Objetivo Realizar estrategias de Prevencion de Cancer de mama en la comunidad de capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion del Cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +-OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Maria Alcira Cepeda	37790688	X						X		Hogar	3243717700											X			Maria Cepeda
	Viterbina Velandia	28054231?	X						X		Hogar	3203120012											X			Viterbina Ve..
	Glady Sandoval	28053810	X						X		Hogar	3133673315										X				Glady Sandoval
	Glorid Marcela M.	1096958499	X					X			Hogar	3125218393										X				Glorid Murcia
	Maria Angel lopez	1098103040	X					X			Hogar	3122983913										X				Maria Angel lopez
	Sara Guerrero	1098101686	X					X			Hogar											X				Sara Guerrero
	Tatiana Chaparro	1092351227	X					X			Hogar	3106305101										X				Tatiana Chaparro
	Laura Gonzales	1076359893	X					X			Hogar	3176201215										X				Laura G.
	Lizeth Veronica	1098101608	X					X			Hogar	3208741510										X				Lizeth V..
	Valery Sulbare.	1095102323	X					X			Hogar	3126305001										X				Valery S.
	Jeidy Hernandez	1098101452	X					X			Hogar											X				Jeidy H.
	Isabella Rincon	1098101723	X					X			Hogar	3136306013										X				Isabella Rincon

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indigena PROM (Gitana) NARO: Diligende según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	García Rovira	Municipio	Capitanejo	Fecha	04-12-2024	Hora	8:00 AM – 12:00 PM
Objetivo	Realizar estrategia de informacion en prevencion del cancer de mama en capitanejo						
Tema / Actividad	Prevencion de cancer de mama						

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Guillermina Arenales	28291708	X							X	Hogar	3103413302											X				Guillermina Are
	Zoraida Niño	28054554	X						X		Hogar	3133848392											X				Zoraida Niño
	Fanny Delgado Jaime	28611122	X						X		Hogar	3104215691											X				Fanny Delgado
	Jesusa Rueda	28051421	X						X		Hogar	3114215192											X				Jesusa Rueda
	Melba Soto	28052507	X							X	Hogar	3203122738											X				Melba Soto
	Graciela Estupiñan	28053011	X							X	Hogar	3132146557											X				Graciela Estupiñan
	Emperatriz Delgado	28052498	X							X	Hogar	3114756622											X				Emperatriz Delgado
	Ruth Ines Rincon	28053776	X							X	Hogar	3125372869											X				Ruth Ines Rincon
	Maria Ismenia Garcia	28052256	X							X	Hogar	3115358881											X				Maria Ismenia Garcia
	Elena de Burgo	28052020	X							X	Hogar	3104253681											X				Elena de Burgos
	Sandra Florez	1005300218	X							X	Hogar	3143869056											X				Sandra Florez
	Rosa Ilda Celis	28053030	X							X	Hogar	3215650498											X				

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligenciar según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	Garcia Rovira	Municipio	capitanejo	Fecha	04-12-2024	Hora	8:00AM - 12:00 PM

Objetivo: Realizar estrategias de informacion en prevencion del cancer de mama en capitanejo

Tema / Actividad: Prevencion del cancer de mama

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Aleida Fuentes	28054050	X					X			Hospital	3102371893											X				Aleida Fuentes.
	Bertilda Corzo	63396838	X							X	Hospital	3209430587											X				Bertida Corzo Ortiz
	Yesika A. leon.	1098102698	X						X		Hospital	3136152012											X				Yesica A. leon.
	Rosmery Ramirez	32835119	X							X	Hospital	3212391312											X				Rosmery Ramirez
	Gloria Mireya leon	1001663703S	X						X		Hospital	3134151302											X				Gloria Mireya leon
	Imelda Leon	28052126	X							X	Hospital	3121001530											X				Imelda Leon
	Consuelo Trana.	28054429	X						X		Hospital												X				Consuelo Trana
	Karen Dayana Cordoba	1030683793	X					X			Hospital	3006502015											X				Karen Cordoba
	Patricia Gualdron	23454405	X						X		Hospital	3204959074											X				
	Ana Delia Alfarez	28052476	X							X	Hospital	3202187345											X				Ana Delia Alfarez
	Leonor Gomez L.	28053171	X							X	Hospital	3213085761											X				Leonor Gomez
	Flor Mariela Marin	28053940	X							X	Hospital	3134247057											X				Flor M. Marin.

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligenciar según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	Garcia Rovira	Municipio	Capitanejo	Fecha	04-12-2024	Hora	8:00AM - 12:00PM
Objetivo	Realizar estrategias de prevencion de cancer de mama en la comunidad de capitanejo						
Tema / Actividad	Prevencion del cancer de mama						

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ+OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES					
																							URBANA	RURAL			
	Maria Camila Patiño	1098102111	X					X			Estudiante	3202111520											X				Maria Camila
	Denis Yolieth Gomez	1098101904	X					X			Estudiante	3134488116											X				Denis Yolieth
	Laura Gabriela Heran	1098102417	X					X			Estudiante	3102161638											X				Laura Gabriela Heran
	Maria Martinez	1090102416	X					X			Estudiante.												X				Maria Angelica M.
	Yeily Romero	1273548585	X					X			Estudiante	3146834185											X				
	Karol Olaya	1096452868	X					X			Estudiante	3134181918											X				Karol Olaya.
	Jasmin Rosas	1099151153	X					X			Estudiante	3015660106											X				
	Vanessa Godoy	1096951505	X					X			Estudiante	3203967466.											X				
	Michell Lopez	1098101562	X					X			Estudiante	3224285816											X				Michell Lopez.
	Cindy Alferez	1098101572	X					X			Estudiante	3103386914.											X				Cindy A.
	Mariana Bolaguera	1097694255	X					X			Estudiante	3148233272											X				Mariana Bolaguera
	Lady Yuliana Vega	1098101428	X					X			Estudiante												X				Lady Yuliana Vega

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	Garcia Rovira	Municipio	Capitanejo	Fecha	04-12-2024	Hora	8:30 Am - 12:00 Pm
Objetivo	Realizar estrategias de prevencion de cancer de mama en la comunidad de capitanejo						
Tema / Actividad	Prevencion del cancer de mama						

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 60)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ+-OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	RROM	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Maria Jose Barajeria	1042350173	X					X			3148233272	Estudiante											X				Maryana Jose B.
	Leidy Yuliana Vega	1098101422	X					X			Estudiante	3148233272											X				
	Brayan David P.	1095952934	X					X			Estudiante	3203812529											X				
	Fredy Vargas	1098104169	X					X			Estudiante	3212821010											X				
	Carmen Rosa Perez	28053586	X						X		Hogar	3112008036											X				Carmen Rosa Perez
	Emily Yuliana Ramirez	1096719835	X						X		Hogar	3229605343											X				Emily Yuliana Perez
	Paula Andrea Barrera	1098102281	X						X		Hogar	3180686763											X				Paula Andrea Barrera
	Yiarey Diaz Pinzon	1098101869	X						X		Hogar	3141293163											X				Yiarey Diaz Pinzon
	Judith Correa	1090101424 3	X						X		Hogar	3151160871											X				Judith Correa
	Gilma Ortiz	28052998	X						X		Hogar	3102900613											X				Gilma Ortiz
	Isabel Garcia	28058549	X						X		Hogar	3145191677											X				Isabel Garcia
	Ermelina Soto	28052338	X						X		Hogar	3118264591											X				Ermelina Soto

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	Garcia Rovira	Municipio	Capitanejo	Fecha	04-12-2024	Hora	8:00AM - 12:00 PM

Objetivo: Realizar estrategias de Prevencion del cancer de mama en la comunidad de capitanejo

Tema / Actividad: Prevencion del cancer de mama

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Dioscelina Carchila	28.052.190	X						X		Hogar	3164982453											X			
	Yoreidys Jimenez	1098736803	X						X		Hogar	3155960441										X				
	Rosadelia Hernandez	28053.442	X						X		Hogar	3183841255										X				
	Rosa Mery Prieto	28053.748	X						X		Hogar	3119314156											X			
	Eddy Hernandez	28053948	X						X		Hogar	3138810080											X			
	Kaien Espinosa	1019235646	X					X			Estudiante	3206222465										X				
	Vanesa Godoy	1096951505	X					X			Estudiante	3203967468											X			
	Michel Lopez	1098101565	X					X			Estudiate	3224858846										X				
	Cindy Alfaiez	1098101571	X					X			Estudiante	3103386914										X				
	Nohemi Mantilla	1127055185	X					X			Estudiante	3206744182										X				
	Jhan Patiño	1096953421	X					X			Estudiante	3142015522										X				
	Mariana Balaguera	1072059123	X					X			Estudiante	3142015522										X				

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitanas) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia Garcia Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 04-06-2024	Hora 8:00AM - 12:00 PM
Objetivo Realizar estrategias de prevencion del cancer de mama en la comunidad de capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion del cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Leonor Gomez.	28053175	X							X	Hogar	3105101200											X			Leonor Gomez
	Antonia Hernandez	28053614	X							X	Hogar	3164923458											X			
	Laura Camila Diaz	1098103050	X						X	/	Hogar	3126102015											X			Laura. C. D.
	Leidy Paola Beltran	1096957627	X						X		Hogar.	3223163680											X			Leidy Paola Beltran.
	Maria Dolores Cardenas	28.052523	X							X	Hogar	3157107220											X			Maria D. Dolores
	Karen Antolinez Achila	1098131248	X					X			Hogar	3224764648										X				
	Angela Bonilla	1092351053	X					X			Hogar	3156301215										X				
	Saray Arrieta	2805678	X							X	Hogar	3124489598										X				
	Maria Camila Quiroz	1098100160 2	X					X			Estudiante	3178161512										X				Camila Quiroz
	Lizeth Veronica Lopez	1098101608	X					X			Estudiante	3236131210										X				
	Karen Torrijo	1098101633	X					X			Estudiante	3223692763										X				Karen Torrijo.
	Angie Ximena Suarez	1098102424	X					X			Estudiante	3176502010										X				Angie Suarez.

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Fisica (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indigena PROM (Gitana) NARO: Diligende según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	García Rovira	Municipio	Capitanejo	Fecha	04 - 12 - 2024	Hora	8:00 AM - 12:00 PM
Objetivo	Realizar estrategias de Prevencion del cancer de mama en la comunidad de capitanejo						
Tema / Actividad	Prevencion del cancer de mama						

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL									CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ +-OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Paola Andrea Porrero	1098102281	X						X		Hogar	3183686763										X				Paola Andrea Porrero.
	Deysi Nata HC	10981008303	X						X		Hogar	3125364755										X				Deysi Nata HC
	Sandra Milena Rosas	1098 101 560	X						X		Hogar	3127814925										X				Sandra Rosas
	Yianey Diaz	1098101864	X						X		Hogar	3144243863										X				Yianey Diaz
	Catalina Adriana Tellez	1005230415	X						X		Hogar	3103212680											X			Catalina Adriana T.
	Lyda A Medina	63526111 9.	X						X		Hogar	3108696889											X			
	Diana C. Tarazona	1005300114	X					X			Hogar	3208305101										X				Diana Tarazona
	Maria Angelica P.	28054840	X						X		Hogar	3106305210										X				
	Sonia Pallaro R.	1096947838	X					X			Hogar	3126501330											X			
	Maria Isabel Q.	105136815	X						X		Hogar	3208157210										X				Maria Isabel Q.
	Yenibel Correa	1098100986	X						X		Hogar	3135751210										X				
	Juliana Mancera	1096950816	X						X		Hogar	3126301215											X			

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Fisica (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C). CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA. Etnia: Indigena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia	Garcia Rovira	Municipio	capitanejo	Fecha	04-12-2024	Hora	8:00 AM - 12:00 PM
Objetivo	Realizar estrategias de prevencion del cancer de mama en la comunidad de capitanejo						
Tema / Actividad	Prevencion del cancer de mama						

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRÁFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 60)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ+OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES					
																							URBANA	RURAL			
	Sandra Patricia Perez	1010981077	X					X			Hogar	3228733287												X			Patricia Perez
	Adda Guadalupe D	1010914609	X						X		Hogar	3209815618												X			Guadalupe D
	Catelin Adriana Tellez	1005230915	X						X		Hogar	3203216800											X				
	Beicy Paola Bello	1098101695	X						X		Hogar	3217222281											X				Beicy Paola Bello
	Natalia Sandoval	1009937205	X					X			Hogar	3169291654											X				Natalia Sandoval
	Ariadna Melano	1098213530	X					X			Hogar	3186052998											X				Ariadna Melano
	Diana C Colmenares	1098730272	X					X			Hogar	3234159119											X				Diana Colmenares
	Navid Paola Vega	1098102513	X						X		Hogar	3112473869												X			
	Giraldys Castro	1096951905	X						X		Hogar	3149917091												X			
	Angelica Quiroz	1098102660	X						X		Hogar	3118918036											X				Angelica Quiroz
	Mari Teresa Diaz	37055869	X						X		Hogar	3208349907											X				Mary Teresa Diaz
	Luz Marina Prieto	28053845	X						X		Hogar	3228027213												X			Luz Marina Prieto

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) Visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligencie según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e Identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	REGISTRO DE ASISTENTCIA POR CURSOS DE VIDA CON ENFOQUE DE GENERO, DIFERENCIAL DE CONTEXTO, CULTURAL Y OTROS	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 2

SECRETARIA DE

Provincia García Rovira	Municipio Capitanejo	Fecha 04-12-2024	Hora 8:00 am - 12:00 pm
Objetivo Realizar estrategias de Informacion en Prevencion del cacer de mama en capitanejo			
Tema / Actividad Prevencion del Cancer de mama			

N	NOMBRES Y APELLIDO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	GENERO			CURSO DE VIDA (EDAD)					INSTITUCION / ORGANIZACIÓN	CELULAR	EMAIL	ENFOQUE DIFERENCIAL										CONTEXTO GEOGRAFICO		CULTURAL	OTROS	FIRMAS
			F	M	NO-BINARIO	PRIMERA INFANCIA (0 A 5)	INFANCIA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD (12 A 28)	ADULTO (29 A 59)	ADULTO MAYOR (60+)				LGBTIQ+-OSIGD	DISCAPACIDAD	CAMPESINA	CARCELARIA	VICTIMAS DEL CONFLICTO	SRPA	ETNIA	NARP	MIGRANTES	URBANA	RURAL			
	Otilia Maria Ramirez	60290835	X							X	Hogar	3208347333										X				Otilia Ramirez
	Lorena Acosta	1098101179	X						X		Hogar	3106305101										X				Lorena Acosta
	Valentina Canchila	1098631215	X						X		Hogar	3208347333										X				Valentina Canchila
	Viana Godoy	1098101955	X						X		Hogar											X				Viana Godoy
	Leidy Monsalve	1098101154	X						X		Hogar	3207305101										X				Leidy Monsalve
	Yolith Ramirez	1096946039	X						X		Hogar											X				Yolith Ramirez
	Cindy Lorena Rojas	1098100968	X						X		Hogar	3108003987										X				
	Laura Viviana T.	28.053975	X						X		Hogar	3115217174										X				Laura Torres
	Sandra Serra	1098657887	X						X		Hogar	3136152013										X				Sandra S.
	Yady Garcia.	1098100827	X							X	Hogar	3138030669											X			Yady Garcia.
	Eli Garcia.	5605703	X							X	Hogar	3138640198											X			E. L. G.
	Luz Florez	28054841	X							X	Hogar	3142541244											X			Luz Florez

Convenciones:
Concepto NO-BINARIO: No se percibe ni masculino ni femenino Curso de vida: diligenciar según corresponda la edad. Discapacidad: Física (F) Múltiple (M) Talla Baja (Tb) visual (V) Auditiva (A) Cognitiva (C), CARCELARIA, Victima de conflicto armado (excombatientes, reintegrados, reincorporados) Comunidad del sistema de responsabilidad penal para Adolescentes – SRPA, Etnia: Indígena PROM (Gitana) NARO: Diligende según corresponda (Negros (N)-Afrodescendientes (A) -Raizales (R) y Palenqueros (P) LGBTIQ (Lesbianas, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual) – OSIGD (Orientación sexual e identidad de genero diversos) Migrantes otros: Extranjeros y Cultural: Artistas, gestores culturales, otros.

Tratamiento de datos personales: La información suministrada en el siguiente formulario será utilizada por la entidad para el mejoramiento y gestión del evento y no será transferida con ningún tercero de acuerdo a lo establecido en la ley 1581 de 2012

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

470

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Danna Ximena Rojos, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1005297917, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Danna Ximena Rojos

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1005297917

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Camila Rojas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28121436, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Camila Rojas

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28121436

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Camilo Rivas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1095100602, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Camilo Rivas

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1095100602

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Día / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Saray Murillo, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096036412I, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Saray Murillo

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096036412I

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo María Alejandra Silva, Identificado con cedula de ciudadanía N°1098101419, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Alejandra Silva

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101419

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Jakelin Silva Nova, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101409, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Jakelin Silva Nova

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1098101409

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Mariela Espinoso., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101469, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maria espinos.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101469

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo María Victoria Florez., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101119., estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

maría victoria florez.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101119.

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Jauna Godoy, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054405, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Jauna Godoy.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054405

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Blanca Ines Godoy, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101815, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Blanca Ines Godoy
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101815

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Laura Manuela Miranda, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102092, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Laura Manuela Miranda
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102092

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Mireya Lopez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1092334445, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Mireya Lopez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1092334445

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Jez Celia Manrique, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054866, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Jez Celia Manrique

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054866

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 12 / 04 / 2024

Yo Clara Martinez., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053.416, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Clara Martinez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053 416

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo. Maria Pinzon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 24080095, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maria Pinzon
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 24080095

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Rosario Diaz, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096948774, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Rosario Diaz

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096948774

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Martina Basto., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28393531, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Martina Basto.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28393531

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 do 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Saray Daniela Basto, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1004843887, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Saray Daniela Basto

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1004843887

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/ 12 / 2024

Yo Delia Patiño. , Identificado con cedula de ciudadanía N° 1019122503 , estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Delia Patiño.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1019122503

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Diana Camila Rozo. , Identificado con cedula de ciudadanía N° 1069722897 , estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Diana Camila Rozo.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1069722897

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Jenifer Eliana Medina, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101937, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Jenifer Eliana Medina.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101937

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Valeria Lizarazo, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096946508, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Valeria Lizarazo

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096946508

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Stefania Correa, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098202288, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Stefania Correa

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102288

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Angela Morantes, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1092361053, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1092361053

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Gloria Marcela Morillo, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096958499, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Gloria Marcela. M.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096958499

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 12 / 04 / 2024

Yo Gladys Sandoval, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053810, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Gladys Sandoval.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053810

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Viterbina Velandia, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054 2317, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Viterbina Ve.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054 2317

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo María Alcira Cepeda, Identificado con cedula de ciudadanía N° 37790088, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Cepeda.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 37790088

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Lizeth Veronica Martinez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101608, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101608

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/ 12 /2024

Yo Jeidy Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101452, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Jeidy H.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101452

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Valery Salome Torres, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1095102323, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Valery S.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1095102323

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09 / 12 / 2024

Yo Laura Gonzales, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1076359393, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Tatiana Chaparro, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1092351227, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Tatiana Chaparro

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1092351227

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 12/04/2024

Yo María Angel Lopez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098103040, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Angel lopez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098103040

505

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2019

Yo Fanny Delgado Jaimez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28161122, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Fanny Delgado Jaimez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28161122

506

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Zoraida Niño, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054.554, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054554

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 12 / 04 / 2024

Yo Graciela Estupiñan, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053011, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Graciela Estupiñan

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053011

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Guillermina Arenales, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28281708, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Guillermina Arenales

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28281708

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Rosa Ilda Celis, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053.030, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053.030

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/ 12 /2024

Yo _____, Identificado con cedula de ciudadanía N°_____, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

_____

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC_____

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/ 12 /2024

Yo Isabella Rincon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101723, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Isabella Rincon.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101723

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Elena de Burgos, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052020, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Elena de Burgos
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052020

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo María Ismenia García, identificado con cedula de ciudadanía N° 28052.256, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Ismenia García

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28052.256

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/ 12 / 2024

Yo Ruth Ines Rincon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053770, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Ruth Ines Rincon
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053770

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 01 / 12 / 2024

Yo Emperatriz Delgado, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052498, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Emperatriz Delgado
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052498

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Melba Soto, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052507, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Melba Soto

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28052507

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Laura María Delgado, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28051421, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Laura María Delgado

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28051421

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Yesika Alejandra Leon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102698, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yesica A. Leon.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102698

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Bertilda Corzo Ortiz, Identificado con cedula de ciudadanía N° 63396838, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Bertilda Corzo Ortiz.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63396838

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 do 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2021

Yo . Sandra Florez , Identificado con cedula de ciudadanía N° 1005300021 8 , estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Sandra Florez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1005300021 8

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2021

Yo Imelda Leon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052126, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Imelda Leon.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28052126

522

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Gloria Mireya Leon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1001603705, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Gloria Mireya Leon.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1001603705

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Rosmery Ramirez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 32835119, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Rosmery Ramirez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 32835119

Republica de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Aleida Fuentes, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054050, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Aleida Fuentes
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054050

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Flor Mariela Marin, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053940, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Flor M. Marin.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053940

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Leonor Gomez Landinez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053171, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Leonor Gomez.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28053171

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Ana Delia Alfarez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052476, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Ana Delia Alfarez

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28052476

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Patricia Goaldron, Identificado con cedula de ciudadanía N° 23454405, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 23454405

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Karen Dayana Cordoba., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1030683793, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Karen Cordoba

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1030683793

530

Republica de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Consuelo Triana, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054429, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Consuelo Triana.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28054429

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09/12/2024

Yo Cindy Alfarez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101571, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101571

532

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Michel Lopez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101565, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Adriana Michell Lopez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101565

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Vanessa Godoy, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096951505, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096951505

534

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 12/04/2024

Yo Karen Espinosa, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1014235646, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Karen Espinosa
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1014235646

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 17/04/2024

Yo Rosa Mery Prieto., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053.748, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Rosa Mery Prieto.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053748

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Eddy Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053748, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Eddy Hernandez Diaz.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053748.

537

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Eddy Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053948, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Eddy Hernandez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053948

535

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Rosa Mery Prieto, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053748, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Rosa Mery Prieto.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053748

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Leidy Paola Beltran, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096957627, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Leidy Paola Beltran
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096957627

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Laura Camila Diaz., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098103050, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Laura C. D.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098103050

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Antonia Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053614, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28.053614

542

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Leonor Emilsen Gomez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053175, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Leonor Gomez.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28053175

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Mariana Balaguera, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1072105.91235, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Mariana Balaguera
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1072105 91235

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Johana Patiño, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096953421, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Johana Patiño
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096953421

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Nohemi Mandon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1127055185, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Nohemi Mandon

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1127055185

546

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09 / 12 / 2024

Yo Angie Ximena Suarez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102424, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Angie Suarez.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102424

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 01 / 12 / 2016

Yo Karen Lorena Torrijo, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101633, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101633

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2026

Yo Lizeth Veronica lopez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101608, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101608

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo María Camila Quiroz, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100160Z, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Camila Quiroz
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100160Z

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2016

Yo Saray sofia Arrieta, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28056 78, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28056 78

551

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Angela Paola Bonilla, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1092351053, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1092351053

552

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Karen Antolines Archila., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098131248, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Karen Antolines

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098131248

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo María Dolores Cardenas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28.052.523, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

María Dolores

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 28.052.523

554

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Angelica Quintana, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102660, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Angelica Quintana
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102660

555

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09 / 12 / 2024

Yo Gyiaddis Tatiana Castro, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096951905, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096951905

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Navid Paola vega, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102513, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102513

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Diana Carolina Colmenares, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098730272, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Diana Colmenares
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098730272

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09/12/2024

Yo Ariadna Molano C., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098813530, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Ariadna Molano C.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098813530

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Natalia Sandoval Caceres, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1000937202, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Natalia Sandoval

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1000937202

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Baicy Paola Betaba, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101695, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Baicy Paola Betaba
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101695

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Catherin Adriana Tellez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1005230915, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1005230915

562

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09 / 12 / 2024

Yo Adda Guadalupe Bayona, Identificado con cedula de ciudadanía N°1010194609, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Adda Guadalupe B.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1010194609

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09 / 12 / 2024

Yo Sandra Patricia Romero, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101737, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Patricia Romero

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1098101737

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09 / 12 / 2024

Yo Sandra Milena Rosas., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101560, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Sandra Rosas.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101560

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Deysi Nata Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100830 3, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Deysi Nata H.C.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1098100830 3

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/ 12 /2024

Yo Paola Andrea Borrero, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102281, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Paola Andrea Borrero

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1098102281

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Emily Yoliana Ramirez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096947835, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096947835

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Mari Teres Diaz, Identificado con cedula de ciudadanía N° 37705869, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Mary Teresa Diaz
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 37705869

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09/12/2024

Yo Geimayony Valentina Canchila, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098631215, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Valentina Canchila

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1098631215

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

570

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Windy lorena Acosta Landinez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101179, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101179

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 do 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Otilia Maria Landinez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 60290535, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Otilia M. Landinez.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 60290.535

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09 / 12 / 2024

Yo Juliana Marcela Diaz, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096950816, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096950816

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 07 / 12 / 2016

Yo Maribel Correa., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098100586, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098100586

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Marta Isabel Quiroz, Identificado con cedula de ciudadanía N° 105136815, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Marta Isabel Q.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 105136815

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año):04 / 12 / 2024

Yo María Angelica Perez., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054840, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054840

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Diana Tarazona, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1005300114, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Diana. Tarazona.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1005300114

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Lydy Medina, Identificado con cedula de ciudadanía N° 63526119, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63526119

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Caterin Adriana Tellez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1005230415, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Caterin Adriana T.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1005230415

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2020

Yo Yianey Diaz., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101864, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yiney Diaz

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1098101864

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09/12/2024

Yo Lina Tellez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101315, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Lina Tellez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101315

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09/12/2024

Yo Samara Gomez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101332, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Samara Gomez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101332

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09 / 12 / 2019

Yo Natalia Quintero, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052133 O, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Natalia Quintero

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052133

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09/12/2024

Yo Angie Tellez., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096103232, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Angie T.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096103232

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09 / 12 / 2024

Yo Angie Paola Duarte, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1005300094, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Angie Paola Duarte

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1005300094

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Luz Elena Florez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054841, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Luz Flores.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Leidy Monsalve, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101154, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Leidy Monsalve
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101154

587

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Viana Saray Godoy, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101955, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Viana Godoy

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101955

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Angela Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 63275416 7, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Angela Hernandez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63 275 419 7

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Mileidy Pita Gomez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102526, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Mileidy Pita.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1098102526

590

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09/12/2024

Yo Josefina Archila., Identificado con cedula de ciudadanía N° 63494321, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Josefina Archila.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 63494321

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09 / 12 / 2024

Yo Evelia Cardenas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 20955757, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 20955757

592

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Zoraida Blanco, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28054012, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28054012

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Amparo Gomez C., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052773, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Amparo Gomez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052773

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Elcy Pinto, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096102320, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Elcy

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096102320

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/ 12 /2024

Yo Fredy Vargas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101469, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101469

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09/12/2024

Yo Brayan David P: , Identificado con cedula de ciudadanía N° 1095952934, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1095952934

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Loidy Yuliana Vega, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101428, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Loidy Yuliana Vega

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101428

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo María José Balaguera., Identificado con cedula de ciudadanía N° 1042350173, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Mariana José Balaguera

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1042350173

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Denis Yulieth Gomez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101904, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101904

600

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo María Camilo Patiño, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102111, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102111

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Emelina Soto., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052338, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Emelina Soto.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052338

602

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 09 / 12 / 2024

Yo Isabel García Cely., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053354, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Isabel García

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053354

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 12 / 04 / 2024

Yo Gilma Gomez Rojas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052998, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Gilma Gomez Rojas

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052998

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/ 12 /2024

Yo Judith Correa : , Identificado con cedula de ciudadanía N° 1090101424 3 , estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Judith Correa.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1090101424 3

605

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Vianey Diaz Rincon, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101869, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Vianey Diaz Rincon

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101869

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Paula Andrea Barrera, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102281, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Paula Andrea Barrera
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102281

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Emily Yoliana Ramirez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096949835, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Emily Yoliana Ramirez.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096949835

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 do 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Carmen Rosa Perez., Identificado con cedula de ciudadanía N° 28053586, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Carmen Rosa Perez.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28053.586

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Cindy Alferez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101577, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Cindy A.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1098101577

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/ 12 /2024

Yo Michell lopez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101562, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Michell Lopez.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101562

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Vanessa Goday, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096951505, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1096951505

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Jasmin Rosas, Identificado con cedula de ciudadanía N° 109915153, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 109915153

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Karol Olaya, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1096452868, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Karol Olaya

FIRMA DEL PARTICIPANTE

CC 1096452868

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Yeily Romero, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1273548588, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1273548588

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/ 12 /2024

Yo Maria Angelica Martinez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1090102416, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Maria Angelica M.
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1090102416

República de Colombia Gobernación de Santander	**CONSENTIMIENTO INFORMADO**	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Laura Gabriela Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098102417, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Laura Gabriela Hernandez
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098102417

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

617

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Rosadelia Hernandez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098736803, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Rosadelia Hernandez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098736803

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Yoraidys Jimenez, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098736803, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yoraidys Jimenez

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098736803

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04/12/2024

Yo Dioscelina Canchila, Identificado con cedula de ciudadanía N° 28052190, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Dioscelina Canchila

FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 28052190

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

620

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Lady Yuliana Vega, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1098101428, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Lady Yuliana Vega
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1098101428

República de Colombia Gobernación de Santander	CONSENTIMIENTO INFORMADO	CÓDIGO	ES-PE-RG-25
		VERSIÓN	3
		FECHA DE APROBACIÓN	03/11/2015
		PÁGINA	1 de 1

Fecha (Dia / Mes / Año): 04 / 12 / 2024

Yo Mariana Balaguera, Identificado con cedula de ciudadanía N° 1097694255, estoy de acuerdo en participar en la actividad a realizarse por parte de la Secretaria de Salud Santander.

Al respecto, acepto que:

He sido informado/a en forma previa en cuanto al desarrollo y ejecución de la actividad a realizarse, he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, el manejo de los resultados, disposición sobre la información y confidencialidad y custodia de los mismos; así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera que esta produzca.

Se que la decisión de participar en la actividad es voluntaria y que la información que suministre es muy importante para realización de propuestas de intervención a nivel municipal que beneficien a la comunidad.

Adicionalmente, los responsables LA ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO a cargo de la actividad de la Secretaria de salud han manifestado su disposición permanente de aclarar cualquier duda que me surja en el transcurso de la misma.

He leído el documento, entiendo su contenido, por lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Mariana Balaguera

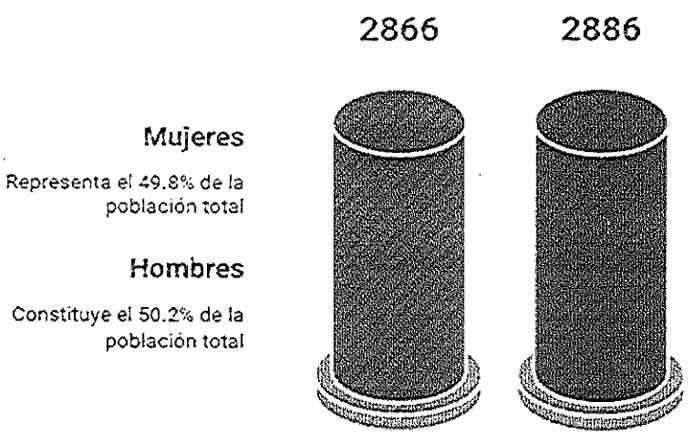
FIRMA DEL PARTICIPANTE
CC 1097694255

Estrategia de Información en Prevención del Cáncer de mama, municipio de Capitanejo- Santander.

Capitanejo es un municipio ubicado en el departamento de Santander, Colombia. Se encuentra en la provincia de García Rovira, en el nororiente del departamento, y limita con los municipios de Málaga, Concepción, Covarachía (Boyacá) y Panqueba (Boyacá). Su ubicación estratégica lo convierte en un punto clave de conexión entre Santander y Boyacá.

Según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en 2023, el municipio de Capitanejo, Santander, contaba con una población de 5.752 habitantes. Esta cifra muestra un incremento en comparación con el censo de 2018, que registró 5.593 habitantes.

Gráfico 1: Distribución de la población por género



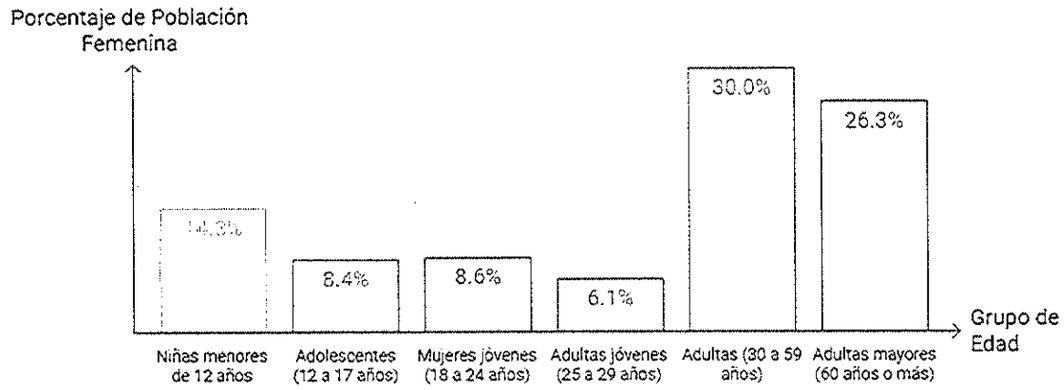
Fuente: Proyección DANE 2024. Municipio de Capitanejo Santander

La distribución por género en 2023 es equilibrada: 2.866 mujeres (49,8%) y 2.886 hombres (50,2%). Además, se destaca que el 24,8% de la población (1.426 personas) tiene 60 años o más, lo que indica una proporción significativa de adultos mayores en el municipio.

Según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)[1] para 2023, la población femenina de Capitanejo, Santander, se distribuye por ciclos de vida de la siguiente manera:

[1] Departamento Administrativo Nacional de estadística (DANE). La información del DANE para el ordenamiento territorial . Santander. Mayo 2021

Gráfico 2: Distribución de la población femenina por grupo de edad



Fuente: Proyección DANE 2023. Mujeres del Municipio de Capitanejo Santander

La distribución de la población femenina muestra que el grupo más numeroso es el de las adultas (30 a 59 años), que representa el 30.0% de la población total. Le siguen las adultas mayores (60 años o más) con un 26.3%. Por otro lado, las niñas menores de 12 años constituyen el 14.3%, lo que indica una presencia significativa de la infancia en la población femenina. Los grupos de adolescentes y mujeres jóvenes tienen proporciones más bajas, con un 8.4% y un 8.6%, respectivamente. Finalmente, las adultas jóvenes (25 a 29 años) son el grupo menos representado, con solo un 6.1%.

Ahora bien, en lo que atañe al impacto de la morbimortalidad por tumor maligno de mama en la mujer, se encuentra que continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en mujeres en Colombia:

- Casos prevalentes: Hasta el 31 de agosto de 2023, se registraron 107.181 casos de cáncer de mama en mujeres en el país[2].
- Mortalidad: En promedio, 11 mujeres fallecen diariamente a causa de esta enfermedad en Colombia, lo que equivale a aproximadamente 4.015 muertes anuales.[3]

Según el reporte de la subdirección de enfermedades no trasmisibles, para el 2022[4] el departamento de Santander presentó una tasa bruta x 100.000 mujeres de muertes por tumor maligno de mama de 17,07, con una tasa de mortalidad del 34,63 para un total de 186 mujeres. Por su parte, el municipio de Capitanejo ocupó el décimo lugar en el ranking,

[2] Cuenta de Alto Costo (CAC)." Más allá de crear conciencia, actuemos hacia la prevención". Bogotá 2023
[3] El tiempo. Muerte por cáncer de mama en Colombia. Bogotá 2023
[4] Ministerio de Salud de Colombia. Tablero subdirección de enfermedades no trasmisibles. Causa de muerte 206: Tumor maligno de mama.

con una tasa bruta X100.000 habitantes de 17,71, con una tasa de mortalidad del 35,64 para un total de una mujer fallecida por tumor maligno de mama.

Este documento aborda el grave impacto que tiene el cáncer de mama en la salud de las mujeres en Colombia, destacando las estadísticas más recientes sobre casos prevalentes y mortalidad. A través de datos actualizados hasta agosto de 2023, se evidencia la magnitud de esta enfermedad y su efecto en diferentes regiones del país, en particular en el departamento de Santander y el municipio de Capitanejo.

El cáncer de mama representa un desafío significativo para la salud pública en Colombia, con un impacto notable en la mortalidad de las mujeres. Las estadísticas reflejan la necesidad urgente de implementar estrategias de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento efectivo para reducir la morbimortalidad asociada a esta enfermedad. La información presentada en este documento es crucial para sensibilizar a la población y a las autoridades sobre la importancia de abordar esta problemática de salud.

1. Objetivo General:

Promover la prevención del cáncer de mama en adolescentes, jóvenes y adultos de áreas urbanas y rurales a través de estrategias educativas y de sensibilización, fomentando estilos de vida saludables y una cultura de detección temprana.

2. Población Objeto:

Mujeres que se encuentren en los ciclos de vida adolescencia, juventud, adultez y vejez, con una menta correspondiente a la participación de 150 mujeres de la comunidad de capitanejo

3. Desarrollo de la estrategia

Los días 20, 26 de noviembre y 04 de diciembre se instaló el stand de prevención de cáncer de mama en desarrollo de las actividades del PIC departamental en el marco de la no violencia de género con participación de la ESE Hospital San Bartolomé, la secretaría de salud, los hogares FAMY del municipio, las madres comunitarias y toda la población invitada, los cuales fueron instalados en las afueras de la E.S.E hospital san Bartolomé y la casa de la cultura del municipio.

Al ingreso a todos los participantes se les colocó el símbolo de la lucha contra el cáncer de seno, elaborado en cinta de tela color rosa. Durante la jornada se tuvo participación

por parte de una caja de compensación familiar en una bailoterapia que integró desde las niñas acompañantes, hasta a los adultos.

Inicialmente se hizo aplicación de pretest que incluía preguntas sobre la prevención del cáncer de seno. Se presento la estrategia informativa y demostrativa de prevención del cáncer de seno a cargo de la enfermera profesional NATALY ESTEFANNY HERNÁNDEZ CARRILLO, con ayuda de una mama hecha en icopor y la entrega de material didáctico donde se encuentran los pasos del autoexamen de seno. Dentro de los stand se ubicó un espejo de 2 metros donde se realizó la demostración de los pasos de autoexamen y se dispuso del consultorio rosa de la ESE para las personas que desearon realizarse el autoexamen dirigido por la profesional las dos primeras fechas, mientras que en la casa de la cultura se dispuso de un salón rosa para las personas que desearon realizarse el autoexamen dirigido.

En el desarrollo de la actividad se presentó un testimonio de una trabajadora de la ESE sobreviviente al cáncer de seno, quien relató la manera como se enteró de su diagnóstico y cómo el autoexamen de seno rutinario permitió que se la enfermedad se detectara en un inicio temprano.

Se hizo entrega de los kits que contenían un jabón para facilitar el autoexamen de seno, un mug conmemorativo a la campaña y se les realizó un compartir con un cupcake rosa alusivo a "en noviembre todos somos rosa".

Al finalizar la actividad, se realizó la aplicación del post test para evaluar el impacto de la charla educativa y la sensibilización sobre prevención de cáncer de mama.

Para las usarías del área rural se les realizó visita en domicilio, con el acompañamiento de la auxiliar de enfermería SANDRA MILENA GALLO MARTINEZ donde se les hizo la educación respectiva, entrega del folleto y el respectivo Kit.

3.1. Resultados de la participación en la estrategia.

Tabla 1. Distribución de las participantes en la actividad educativa prevención del cáncer de mama por ciclos de vida

Curso de vida	Edad (años)	Cantidad de mujeres
Adolescencia y juventud	12 a 28	95
Adultez	29 a 59	210
Vejez	60 o más	145

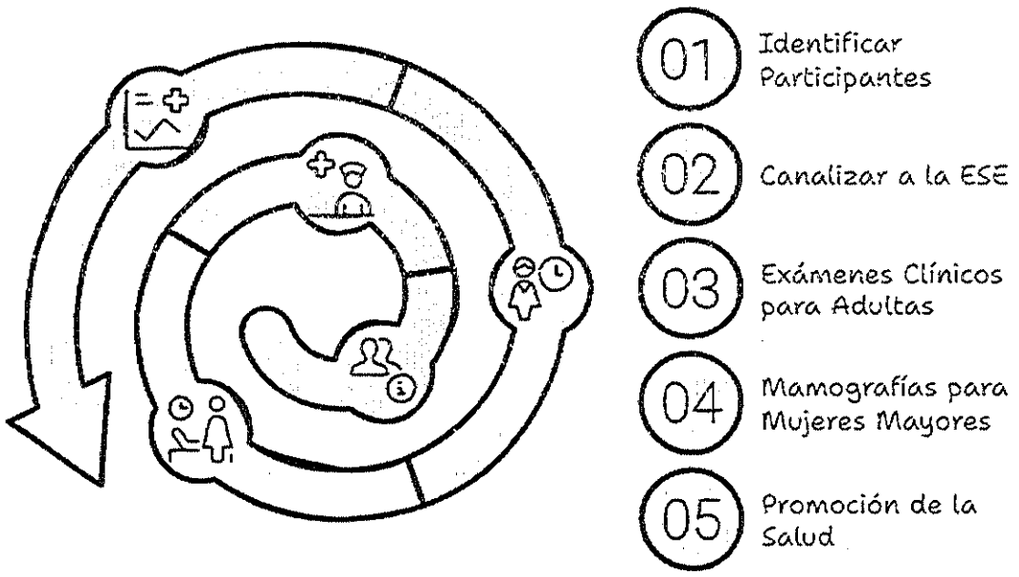
Fuente: Listados de asistencia a actividad educativa

En el análisis sobre la implementación de una estrategia que involucró a un total de 450 mujeres de diferentes grupos de edad. Se detalla la distribución de participantes en los ciclos de adolescencia y juventud, adultez y vejez, proporcionando una visión clara de la diversidad de edades y experiencias que contribuyeron a la estrategia.

Se encuentra que para el ciclo de vida adolescencia y juventud, el grupo estuvo compuesto por 95 mujeres, representa un 21.11% del total de participantes. Su inclusión es fundamental para entender las perspectivas y necesidades de las generaciones más jóvenes. Para adultez, con 210 mujeres, este grupo constituye el 46,6% de la participación total. La mayoría de las participantes se encuentran en esta franja etaria, lo que sugiere que las experiencias y desafíos de las mujeres adultas son un foco importante en la estrategia. Mientras que para Vejez se contó con la participación de 145 mujeres de este grupo, representan el 32,2% de la participación. Su experiencia y sabiduría son cruciales para enriquecer el enfoque de la estrategia, asegurando que se consideren las necesidades de las mujeres mayores.

La diversidad de edades en la participación de la estrategia refleja un enfoque inclusivo que busca abordar las diferentes realidades y necesidades de las mujeres en cada etapa de la vida. Esta variedad no solo enriquece la implementación de la estrategia, sino que también garantiza que se tomen en cuenta las voces de todas las generaciones.

Ilustración 1: Canalización de los servicios de salud



Fuente: Resultado de canalización a los servicios de salud

Durante la actividad, se identificaron y canalizaron a un total de 237 participantes hacia los servicios de Promoción y Mantenimiento de la Salud de la ESE. De estas, 102 mujeres del ciclo de vida adulta fueron derivadas para la realización de exámenes clínicos, mientras que 67 mujeres, con edades comprendidas entre los 52 y 69 años, fueron canalizadas para la solicitud de mamografías. Estos resultados evidencian la necesidad de continuar con la promoción de la salud y la detección temprana de enfermedades en la población, así como la importancia de garantizar el acceso a servicios de salud adecuados y oportunos.

4. Asistencia Proyectada y Alcanzada:

Proyectada: Si bien es cierto, según la proyección de población del DANE para 2023 indica que el 79,4% de las mujeres del municipio de Capitanejo se encuentran dentro de los ciclos de vida adolescencia, juventud, adultez y vejez, la mayor concentración de las mismas se encuentra en el área rural dispersa, lo que dificulta la asistencia de un 100% de las mujeres a las actividades educativas. Por lo que se realizó revisión histórica de asistencia a las actividades municipales tanto de la ESE Hospital San Bartolomé, como de la alcaldía municipal y secretaria de salud observando promedio de asistencia de alrededor de 200 mujeres por evento.

Teniendo en cuenta que el contrato pedía una población mínima de 150 mujeres, es grato resaltar que en los tres días contamos con una asistencia de 450 mujeres (95 en rangos de adolescencia y juventud, 210 mujeres adultas y 145 en vejez).

Total alcanzado: de lo anterior podemos concluir que se dio un cumplimiento 300 % de la meta estipulada contractualmente debido a que se contó con la asistencia de 450 mujeres.

5. Aspectos Positivos:

- Alta participación en los talleres educativos y jornadas de sensibilización.
- Colaboración efectiva con organizaciones comunitarias.
- Distribución masiva de material educativo (folletos, carteles y videos).
- Incremento en la demanda inducida para la ruta de prevención y detección temprana del cáncer de mama.

6. Aspectos de Mejora:

Fortalecer el uso de plataformas digitales para llegar a un público más amplio, especialmente jóvenes.

7. Oportunidades:

- Ampliar la colaboración intersectorial para las actividades educativas.
- Desarrollar programas de capacitación para voluntarios y promotores de salud comunitarios.
- Crear alianzas con medios de comunicación locales para promover mensajes de prevención.

8. Análisis de las Evaluaciones Aplicadas:

El presente informe detalla los resultados de la evaluación de conocimientos sobre la prevención del cáncer de seno, realizada a 450 mujeres. Se aplicaron un pre-test y un post-test antes y después de una sesión educativa sobre la temática de prevención del cáncer de mama. El objetivo fue medir el nivel de conocimientos previos, identificar áreas de oportunidad y evaluar la efectividad de la capacitación.

a. Metodología

Se llevó a cabo una evaluación en dos momentos:
Pre-test: Para medir el conocimiento inicial sobre la prevención del cáncer de seno.

Intervención educativa: Charla informativa sobre factores de riesgo, signos de alerta y medidas de prevención. Además de la demostración de cómo realizar correctamente el autoexamen de seno.

Post-test: Para evaluar el impacto de la sesión educativa.

El cuestionario utilizado incluyó 10 preguntas de opción múltiple relacionadas con el cáncer de seno y la realización del autoexamen de seno.

b. Resultados

- Pre-test

Mujeres con conocimientos bajos (0-3 respuestas correctas): 34% (153 mujeres).
Mujeres con conocimientos medios (4-6 respuestas correctas): 52,6% (237 mujeres).

Mujeres con conocimientos altos (7-10 respuestas correctas): 13,3% (60 mujeres).

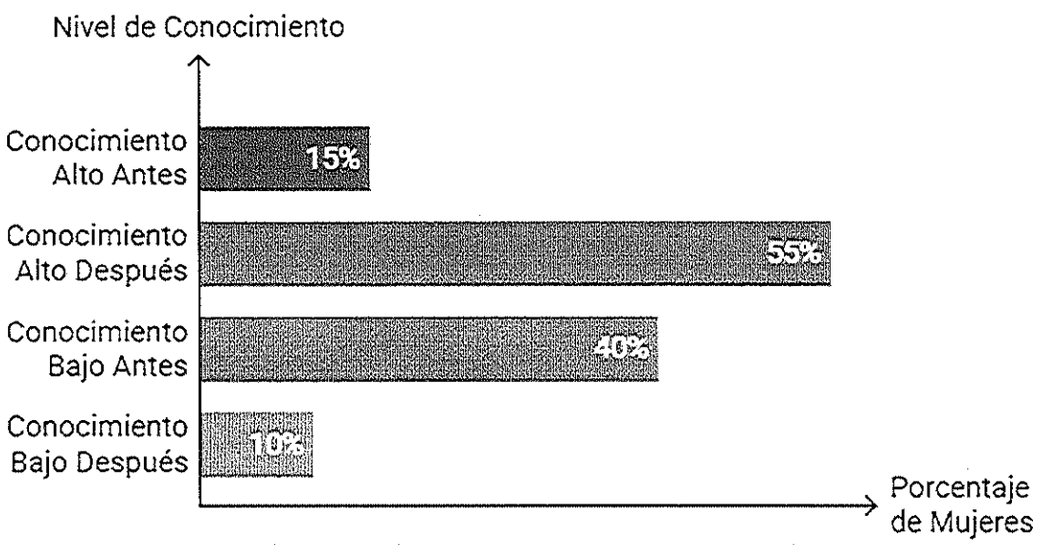
- Post-test

Mujeres con conocimientos bajos (0-3 respuestas correctas): 7% (35 mujeres).
Mujeres con conocimientos medios (4-6 respuestas correctas): 43% (195mujeres).
Mujeres con conocimientos altos (7-10 respuestas correctas): 48% (220 mujeres).

c. Conclusión

A partir del análisis del pre-test y un post-test realizados con este grupo de mujeres. Se busco evaluar el impacto de una intervención educativa en el nivel de conocimientos de las participantes. Los datos reflejan un cambio significativo en el conocimiento de las mujeres antes y después de la intervención. Se observó una mejora significativa en los conocimientos tras la intervención:

Gráfico 3: Efectos de la intervención en los niveles de conocimiento de las mujeres participantes en la actividad educativa.



Fuente: Análisis de resultados de la aplicación de pretest y post-test Conocimiento en la Prevención del Cáncer de Seno

Se evidenció un aumento del porcentaje de mujeres con conocimientos altos del 15% al 55%. Reducción de mujeres con conocimientos bajos del 40% al 10%. Incremento general en el número de respuestas correctas en todas las categorías.

9. Recomendaciones

- Ampliar estrategias específicas para poblaciones no alcanzadas población rural dispersa

- Incorporar tecnologías innovadoras en las campañas futuras.

- Fortalecer la vinculación intersectorial para aumentar el impacto y la sostenibilidad del proyecto y la demanda inducida para la ruta de prevención de detección temprana del cáncer de mama.

Anexos:

Pretest y Post-test: Conocimiento en la Prevención del Cáncer de Seno

1. ¿Qué es el cáncer de seno?
- A) Una enfermedad del corazón
- B) Un tipo de cáncer que se forma en las células del seno
- C) Una infección de la piel
- D) Ninguna de las anteriores

2. ¿Cuál es un factor de riesgo para desarrollar cáncer de seno?
- A) Tener una dieta saludable
- B) Fumar cigarrillos
- C) Hacer ejercicio regularmente
- D) Dormir bien

3. ¿A qué edad se recomienda que las mujeres comiencen a realizarse mamografías?
- A) A los 20 años
- B) A los 30 años
- C) A los 40 años
- D) A los 50 años

4. ¿Qué es un autoexamen de seno?
- A) Un examen médico realizado por un doctor
- B) Un examen que la mujer realiza en casa para revisar sus senos
- C) Un tipo de mamografía
- D) Un tratamiento para el cáncer

5. ¿Con qué frecuencia se recomienda que las mujeres realicen autoexámenes de seno?
- A) Una vez al año
- B) Cada mes
- C) Cada semana
- D) Nunca

6. ¿Cuál de los siguientes es un signo de alerta del cáncer de seno?
- A) Un bulto en el seno
- B) Un resfriado
- C) Dolor de cabeza
- D) Fatiga

7. ¿Qué se debe hacer si se encuentra un bulto en el seno durante el autoexamen?
- A) Ignorarlo
- B) Consultar a un médico
- C) Hacer ejercicio
- D) Esperar a que desaparezca

8. ¿Cuál es una forma de reducir el riesgo de cáncer de seno?
- A) Mantener un peso saludable
- B) No hacer nada
- C) Evitar el agua
- D) No dormir

9. ¿Qué se debe observar durante un autoexamen de seno?
- A) Cambios en la forma o tamaño del seno
- B) Cambios en la piel del seno
- C) Bultos o nódulos
- D) Todas las anteriores

10. ¿Por qué es importante la detección temprana del cáncer de seno?
- A) Porque no es importante
- B) Porque aumenta las posibilidades de tratamiento exitoso
- C) Porque es más barato
- D) Porque no hay síntomas

Evidencias Fotográficas

Ilustración 2: Implementación de la estrategia educativa, establecimiento del stand



Ilustración 3: Implementación de la estrategia educativa, educación sobre prevención del cáncer de mama.

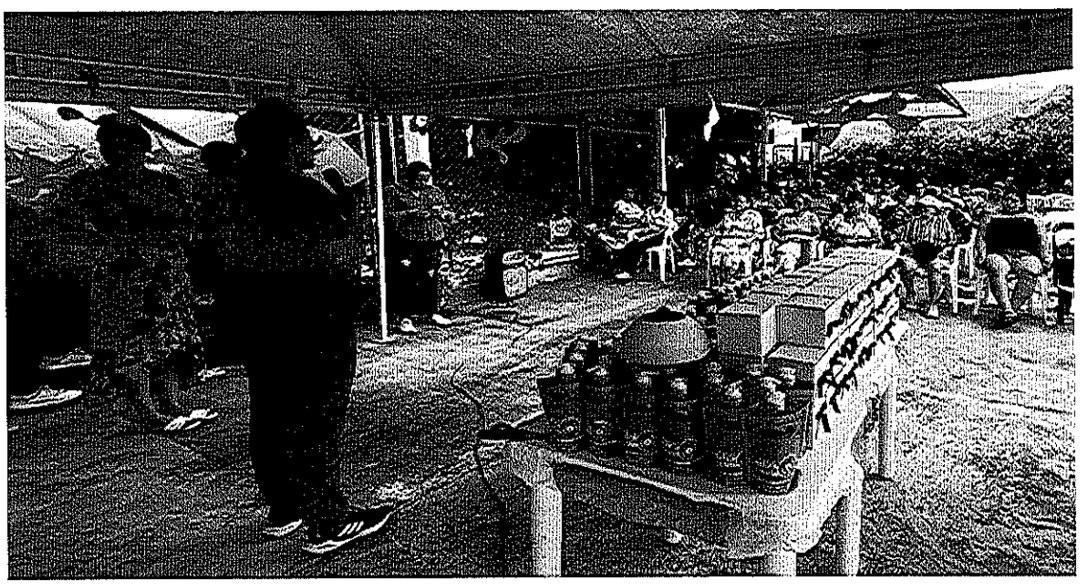


Ilustración 4: Implementación de la estrategia educativa, kit.



Ilustración 5: Implementación de la estrategia educativa

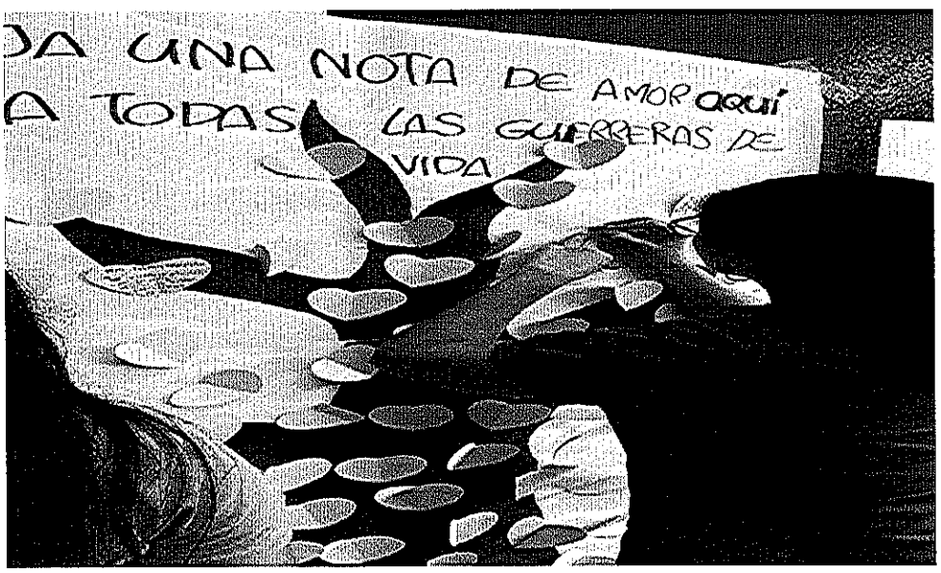


Ilustración 6: Implementación de la estrategia educativa, deja tu mensaje de amor

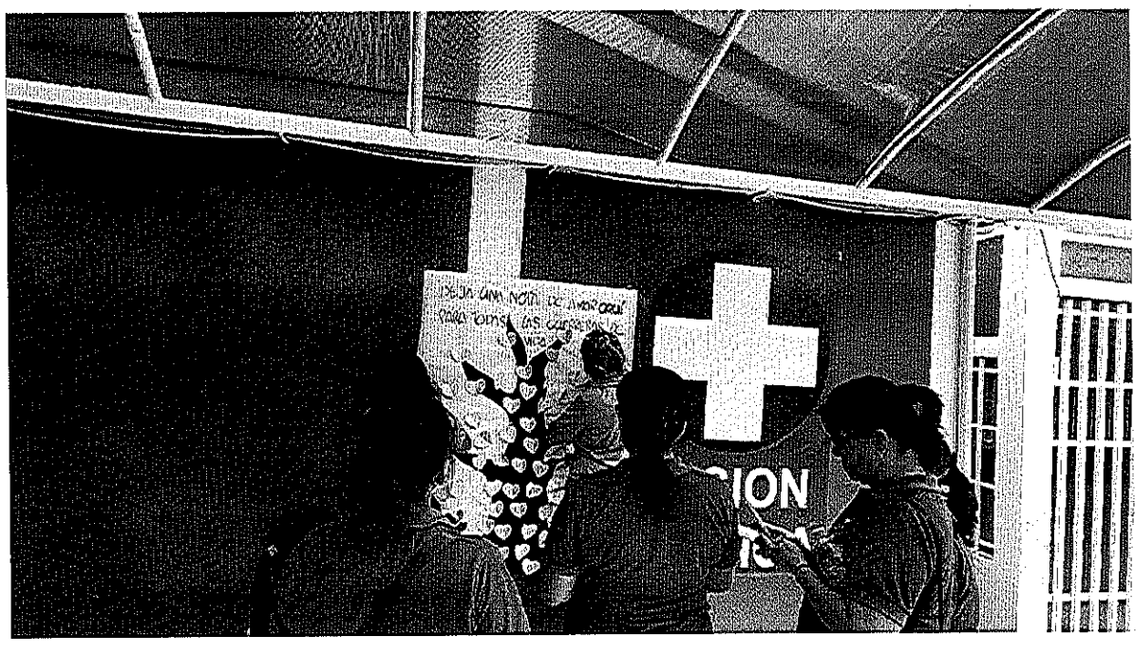


Ilustración 7: Implementación de la estrategia educativa, no estas sola.



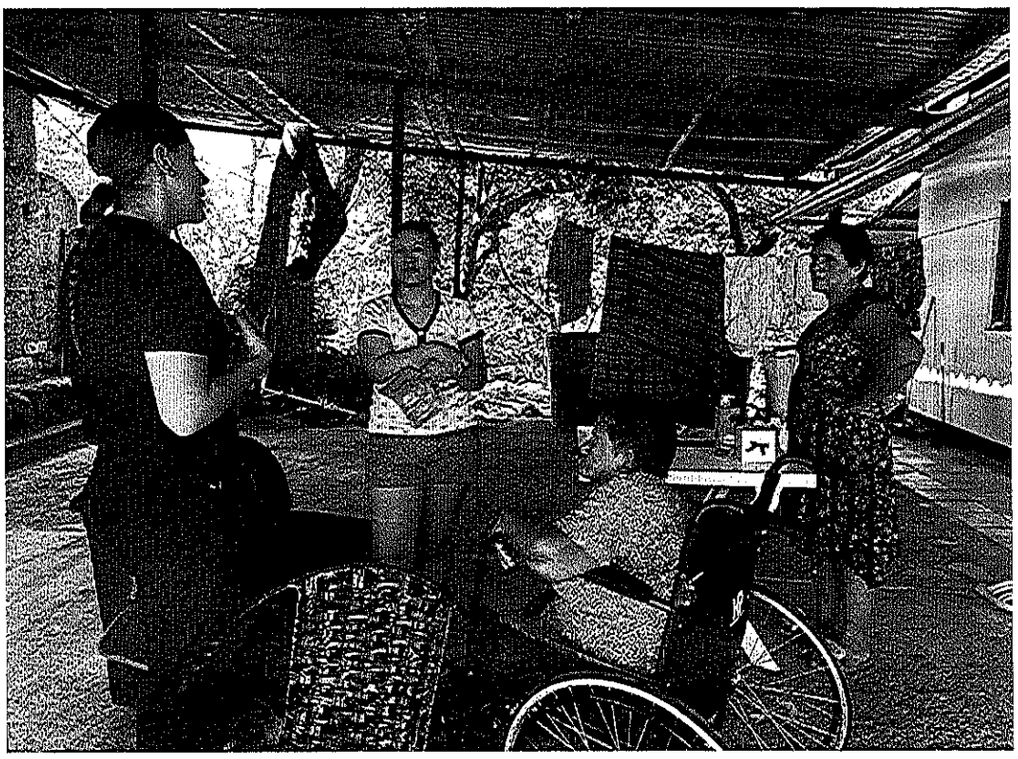
Ilustración 8: Implementación de la estrategia educativa, autoexamen de seno



Ilustración 9: Implementación de la estrategia educativa en cuarto rosa



Ilustración 10: Implementación de la estrategia educativa en zona rural



637 14

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
Hernandez	Carrillo	Nataly Estefanny

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1093759739	F ⊗ M ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 29 MES 11 AÑO 1991	CALLE 6 2 4 BARRIO OBRERO			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	NORTE DE SANTANDER
DEPTO	NORTE DE SANTANDER	MUNICIPIO	LABATECA		
MUNICIPIO	LABATECA	TELÉFONO	3187305317	EMAIL	natalyestefannyhernandez@gmail.

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO			EDUCACION MEDIA
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	12	AÑO	2008

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) TL (TECNOLÓGICA) TE (TECNOLOGICA ESPECIALIZADA) UN (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) MG (MAESTRÍA O MAGISTER) DOC (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
POSTGRADO	1		X	ESPECIALIZACION EN CONTRATACION ESTATAL			
POSTGRADO	2	X		ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD	03	2016	no
PREGRADO	8	X		ENFERMERIA	12	2012	54-1505
PREGRADO	10	X		ABOGADO	12	2020	388390

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R), BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
INGLES	X			X			X		

638

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

2 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO VIGENTE

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ASD -BUSINESS PROCESS OUTSOURCING		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SANTANDER	BUCARAMANGA	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
	Día 12	Mes 06	Año 2024	Día	Mes	Año

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA DE APOYO A GESTION	AREA DE AUDITORIA	CALLE 32 13 7 Bogotá

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CONSORCIO CALIDAD FOMAG 002-2018		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
BOGOTA, D.C.	BOGOTA, D.C.	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3103423521	Día 01	Mes 04	Año 2021	Día 30	Mes 04	Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
AUDITOR DE CALIDAD	AREA DE AUDITORIA	CALLE 93 11A 11 OFICINA 603

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
ACIEL COLOMBIA SOLUCIONES INTEGRALES		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
CUNDINAMARCA	AGUA DE DIOS	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
2687585	Día 10	Mes 10	Año 2016	Día 30	Mes 06	Año 2018

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
CONTRATISTA	SALUD	CARRERA 31 25A 60

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
EXPERT MEDICA S.A		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
ANTIOQUIA	MEDELLIN	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3163453681	Día 16	Mes 06	Año 2014	Día 31	Mes 01	Año 2024

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
GESTOR HOSPITALARIO PROFESIONA	A NIVEL NACIONAL	Sin dirección

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR

EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
CEDIT LTDA		X	COLOMBIA

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD
SANTANDER	SOCORRO	

TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
7299921	Día 14	Mes 06	Año 2013	Día 07	Mes 06	Año 2014

CARGO O CONTRATO ACTUAL	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN
ENFERMERA PROFESIONAL	ADMI-ASISTENCIAL	Sin dirección

639

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA		PÚBLICA		PRIVADA		PAÍS						
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO					CORREO ELECTRÓNICO						
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO					FECHA DE RETIRO						
	Día:		Mes:		Año:	Día:		Mes:		Año:		
AREA DE CONOCIMIENTO	NIVEL EDUCATIVO					DIRECCIÓN						

5 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	Y MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	11	2
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	1	8
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	11	2

6 FIRMA DEL SERVIDOR PUBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO __ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento Capitanejo (S), octubre 10 de 2024

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

640

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

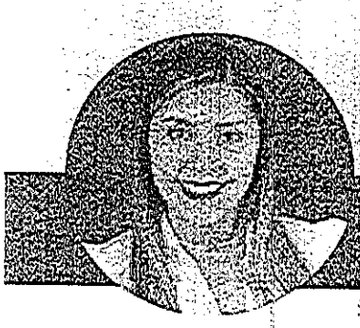
7 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

natalyestefannyhernandez@gmail.com 3187305317
Cll 10N # 7E-25 Guaimaral Cúcuta NSA



NATALY ESTEFANNY HERNÁNDEZ CARRILLO

RESUMEN PROFESIONAL

PERFIL OCUPACIONAL

Enfermera Profesional y abogada con formación humanística, básica, educador en salud, administradora de servicios de enfermería, auditora de servicios de salud e investigadora en los diferentes niveles de atención, me certifica como idónea para desempeñarme en diferentes campos, buscando siempre el desarrollo social y personal.

FORMACIÓN

02/2024 - En curso
Esp. Contratación Estatal
Universidad Libre de Colombia - Cúcuta, NSA

02/2016 - 2022
Abogada
Universidad Libre de Colombia - Socorro SAN

02/2015 - 03/2016
Esp. Gerencia de la calidad y Auditoría en Salud
Universidad de Santander - Bucaramanga, SAN

03/2009 - 03/2013
Enfermera
Universidad Francisco de Paula Santander - Cúcuta, NSA

01/2003 - 12/2009
Bachiller técnico
I. E. Nuestra Señora de las Angustias - Labateca NSA

HISTORIAL LABORAL

04/2021 - 04/2024
Auditora de calidad
CONSORCIO CALIDAD FOMAG - Bucaramanga, SAN

06/2014 - 01/2024
Gestor Hospitalario Profesional Nivel2
EXPERT MEDICA SA - Bucaramanga, SAN

08/2023 - 10/2023
Enfermero Auditor II
SALUD TOTAL EPS - Bucaramanga, SAN

02/2023 - 05/2023
Auditora en Salud

DISPENSARIO MEDICO DE BUCARAMANGA - Bucaramanga, SAN

10/2016 - 06/2018 **Auditora concurrente**
ACIEL COLOMBIA SOLUCIONES INTEGRALES - San Gil, SAN

04/2013 - 06/2014 **Jefe de sala de hemodialisis**
CEDIT LTDA - Socorro, SAN

APTITUDES

Las principales competencias desarrolladas durante mi formación puede aplicarse en:

- Instituciones de salud a nivel regional, nacional y extranjero.
- A nivel empresarial.
- Servicios independientes de enfermería
- En centros de educación formal y no formal para preescolar, escolar, adolescentes, adultos, ancianos y discapacitados.
- Consultoría y asesoría profesional con profundización en salud sexual y reproductiva, gestión hospitalaria y calidad.
- En instituciones de educación Superior.
- Auditoria en las Instituciones de Salud
- Auditoria Interna de las Instituciones de Salud
- Auditoria de cuentas médicas
- Gerencia de calidad

REFERENCIAS LABORALES

JENNY ALEXANDRA PARRA
Enfermera Auditora en Salud 3017347544

LAURA IREGUI
Enfermera Auditora en Salud 3024193044

OSCAR LEONARDO RAMIREZ
Médico Auditor en salud 3172289983

643

ACTA INDIVIDUAL DE GRADO

Institución Educativa
Colegio Nuestra Señora de las Angustias
Labateca – Norte de Santander

En el Municipio de Labateca, a los 6 días del mes de Diciembre del año 2008 se reunieron, con el fin de formalizar la graduación de los alumnos de último grado, los suscritos Rector y Secretaria en la Rectoría de LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS ANGUSTIAS.

Institución APROBADA HASTA UNDÉCIMO GRADO en el nivel de Educación Media Técnica y autorizada por la SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEPARTAMENTAL para otorgar el Título de BACHILLER TÉCNICO CON ESPECIALIDAD EN PRODUCCION DE CAFE, según Resolución N° 004444 del 14 de Noviembre de 2008.

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los alumnos que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes al Nivel de Educación Media Técnica se procedió a otorgar el TITULO DE:

BACHILLER TÉCNICO
CON ESPECIALIDAD EN PRODUCCION DE CAFE

Al graduando cuyos nombres, apellidos y número del documento de identidad se relacionan a continuación:

NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO
T.I. No. 911129-12857 de Labateca

Es fiel copia tomada del Acta original general N° 31 de fecha 6 de Diciembre de 2008, que consta de 41 alumnos que comienza con el nombre de BLANCO GUERRERO LILIANA CAROLINA y se cierra con el nombre de ZUÑIGA BLANCO OLGA LUCIA.

Firmado y sellado por JOSE JACINTO GELVEZ ORDOÑEZ Rector y NELCY ASTRID OROZCO HERNANDEZ Secretaria.

Dada en Labateca, a los seis (6) días del mes de Diciembre de 2008.

JOSE JACINTO GELVEZ ORDOÑEZ
C.C. 88.161.885 de Rágonvalia
RECTOR

NELCY ASTRID OROZCO HERNANDEZ
C.C. 27.737.013 de Labateca
SECRETARIA

644

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
Y EN SU NOMBRE LA

Institución Educativa

Colegio Nuestra Señora de las Angustias

Labateca - Norte de Santander

Autorizado por la Secretaría de Educación Departamental Según
Resolución N° 004444 del 14 de Noviembre de 2008

CONFIERE A

Nataly Estefany Hernández Carrillo

Identificado(a) con Tarjeta de Identidad N° 911129-10857 de Labateca

EL TITULO DE

Bachiller Técnico
con Especialidad en Producción de Café

Por haber cursado y aprobado los estudios correspondientes al nivel de Educación Media Técnica, según los planes y programas vigentes.

José Agustín Gelves Cárdenez
C.C. 96.151.865 de Ragonvalia
Rector

Nelcy Astrid Orozco Hernández
C.C. 27.737.013 de Labateca
Secretaria

Anotado al Folio No. 26 Libro de Registro No. 02

645

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional
y en su nombre

La Universidad Francisco de Paula Santander

Personería Jurídica No 20 Septiembre 19 de 1962 de la Gobernación del Departamento Norte de Santander

Confiere el Título de

Enfermera

A

Nataly Estéfanny Hernández Carrillo

C.C. No. 1.093.759.739 expedida en Los Patios

Quien cumplió satisfactoriamente con los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello otorga el presente

DIPLOMA

Expedido en la ciudad de Cúcuta, a 22 de Marzo de 2013

EL RECTOR

EL DECANO DE LA FACULTAD

LIBRO 35 ACTA 38294 FOLIO 0265

REGISTRO No. 35034

0040115

Universidad de Santander UDES

Personería Jurídica No. 2110 de 12/07/83 Min. Educación
Resolución No. 4791 - 22/12/03 Min. Educación

ACTA DE GRADO No 55997

En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia a los TREINTA (30) días del mes MARZO del año DOS MIL DIECISÉIS (2016) se reunió el Consejo Académico de la UNIVERSIDAD DE SANTANDER
Presidió la sesión JAIME RESTREPO CUARTAS y
obró como Secretario JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN
Considerando el Consejo que NATALY ESTEFANNY HERNÁNDEZ CARRILLO
Con cédula de ciudadanía número 1093759739 Expedida LOS PATIOS (N. DE S)
y libreta militar número Expedida por
Cumplió con las disposiciones legales, reglamentarias, presentó el proyecto de grado con el título

EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD RENAL EN SOCORRO SANTANDER, 2015.

y obtuvo un promedio ponderado en su carrera (4.44) CUATRO PUNTO CUARENTA Y CUATRO sobre cinco.
En consideración a lo anterior y obrando en nombre de la República de Colombia se le otorgó el título de

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD

Bajo la gravedad de juramento, el graduando prometió cumplir con los deberes propios del ejercicio de su profesión.

En constancia se extiende y firma la presente acta.

Rector, JAIME RESTREPO CUARTAS

Secretario General, JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN

Hay un sello que dice: REPUBLICA DE COLOMBIA, BUCARAMANGA, UNIVERSIDAD DE SANTANDER.
Es fiel copia de su original tomada el día TREINTA (30) del mes de MARZO de DOS MIL DIECISÉIS (2016).

Registrado en el Folio No. 54382, Libro D-3 Diploma No. 44667

JOSÉ ASTHUL RANGEL CHACÓN
Secretario General

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional y en su nombre

La Universidad de Santander
UDES

Aprobada por el Ministerio de Educación Nacional de conformidad con la Personería Jurídica No. 810 del 12 de marzo de 1996 y la Resolución No. 6216 del 22 de diciembre de 2005

Teniendo en cuenta que:

Nataly Estefanny Hernández Carrillo

C.C No. 1093759739 Expedida en: Las Palmas (N. de S.)

Cursó y aprobó los estudios y cumplió con las exigencias legales y reglamentarias, le confiere el título de:

Especialista en Gerencia de La Calidad y Auditoria en Servicios de Salud

En constancia de lo anterior se firma y sella este Diploma, en la ciudad de Bucaramanga, el día 30 del mes Marzo del año 2016

Rector

Secretario General

Director del Programa

Registro Interno: 64382 Folio: 0-3 Registro No. 65907 Diploma No. 44687

Copia

Universidad de Santander UDES

Personería Jur. #10 de 12/01/55 Min. Educación
Resolución No. 4910 - 22/12/03 Min. Educación

ACTA DE GRADO No 55997

En la ciudad de Bucaramanga, Departamento de Santander, República de Colombia a los TREINTA (30) días del mes MARZO del año DOS MIL DIECISÉIS (2016) se reunió el Consejo Académico de la UNIVERSIDAD DE SANTANDER
Presidió la sesión JAIME RESTREPO CUARTAS y
obró como Secretario JOSÉ ASITHUL RANGEL CHACÓN
Considerando el Consejo que NATALY ESTEFANNY HERNÁNDEZ CARRILLO
Con cédula de ciudadanía número 1093759739 Expedida LOS PATIOS (N. DE S)
y libreta militar número Expedida por
Cumplió con las disposiciones legales, reglamentarias, presentó el proyecto de grado con el título

EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN LA PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DE UNA UNIDAD RENAL EN SOCORRO SANTANDER, 2015.

y obtuvo un promedio ponderado en su carrera (4.44) CUATRO PUNTO CUARENTA Y CUATRO sobre cinco.
En consideración a lo anterior y obrando en nombre de la República de Colombia se le otorgó el título de

ESPECIALISTA EN GERENCIA DE LA CALIDAD Y AUDITORIA EN SERVICIOS DE SALUD

Bajo la gravedad de juramento, el graduando prometió cumplir con los deberes propios del ejercicio de su profesión.

En constancia se extiende y firma la presente acta.

Rector, JAIME RESTREPO CUARTAS

Secretario General, JOSÉ ASITHUL RANGEL CHACÓN

Hay un sello que dice: REPÚBLICA DE COLOMBIA, BUCARAMANGA, UNIVERSIDAD DE SANTANDER.
Es fiel copia de su original tomada el día TREINTA (30) del mes de MARZO de DOS MIL DIECISÉIS (2016).

Registrado en el Folio No. 54382, Libro D-3 Diploma No. 44667

JOSÉ ASITHUL RANGEL CHACÓN
Secretario General

649

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

La Secretaria General de la Universidad Francisco de Paula Santander CERTIFICA: Que en el libro de Actas de Grado No. 35 de la Universidad, figura el Acta de Grado No. 38294. En la ciudad de Cúcuta, Departamento Norte de Santander, República de Colombia, a 22 de marzo de 2013, se reunieron en la Universidad Francisco de Paula Santander, el Doctor HECTOR MIGUEL PARRA LOPEZ, Rector de la Universidad y la Doctora RUBY ELIZABETH VARGAS TOLOZA, Decana (E) de la Facultad de Ciencias de la Salud, con el fin de presidir la ceremonia en la cual se le otorga el título de

ENFERMERA

a

NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO

quien previamente se identificó con la Cédula de Ciudadanía 1.093.759.739 expedida en Los Patios y código estudiantil 1800233, terminó satisfactoriamente sus estudios de acuerdo con las disposiciones académicas de la UFPS, cumplió con los requisitos específicos del plan de estudio y presentó el trabajo de grado "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS FRENTE A LA ITS Y EL VIH/SIDA DE LOS ESTUDIANTES EN EDADES ENTRE 18-24 AÑOS DE LOS PROGRAMAS PRESENCIALES DE LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER, AÑO 2012" al cual le fue otorgado la calificación de APROBADA por el Jurado Calificador.

La Universidad Francisco de Paula Santander se encuentra para el efecto autorizada por la Resolución 044 del 9 de marzo de 2011 del Consejo Académico de la UFPS para expedir el título respectivo.

El señor Rector toma el juramento de rigor en los siguientes términos: "JURAIS A DIOS Y PROMETEIS A LA PATRIA, A LA SOCIEDAD Y A LA UNIVERSIDAD, CUMPLIR ON IDONEIDAD, CALIDAD Y ETICA, VUESTRO DESEMPEÑO PROFESIONAL, RESERVANDO EL PRESTIGIO Y BUEN NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER? El graduando contestó: SI JURO. Acto seguido se hace la entrega del Diploma de

ENFERMERA

No. 0040115 a NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO

El cual queda registrado bajo el No. 35034.

Para constancia se extiende y firma la presente Acta:

El Rector (fdo.) HECTOR MIGUEL PARRA LOPEZ
La Decana (E) (fdo.) RUBY ELIZABETH VARGAS TOLOZA

Es fiel copia tomada del Libro de Actas de Grado, Folio 0265 a 22 de marzo de 2013.

LO CERTIFICA:

CLAUDIA ELIZABETH TOLOZA MARTINEZ
SECRETARIA GENERAL

ReTHUS

A continuación diligencie la identificación o nombre y apellido de la persona a consultar en el Registro Unico Nacional de Talento Humano en Salud.

Tipo de Identificación *

Cedula de Ciudadania

Número de Identificación *

1093759739

Primer Nombre

Primer Apellido

Confirme los números de la Imagen *

4128

Cambiar

6555

Verificar Registro en ReTHUS | Limpiar

Resultado General -2024-10-09→11:19:10 PM

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificaci
CC	1093759739	NATALY	ESTEFANNY	HERNANDEZ	CARRILLO	Vigente

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO identificado(a) con CC 1093759739 registra La siguiente información:

2024-10-09→11:19:10 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesión u Ocupación	Fecha inicio ejercer Acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
UNV	Local	Enfermería	2013-05-10	1505	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando

los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

SISPRO

Dirección:
Carrera 13 # 32-76 (piso 1)
Cundinamarca, Bogotá D.C.
Código Postal: 110311

Horario de atención:
Lunes a viernes 8:00 a.m. a 4:00 p.m. (jornada continua)

Contacto

Teléfono conmutador:
En Bogotá: 601 330 5043 Opción 2
Resto del país: 018000960020 Opción
Correo de notificaciones judiciales:
notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co

Términos y condiciones

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO

Identificado(a) con C.C. 1093759739

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO
FORMACION EN REALIZACION DE EXAMEN CLINICO DE LA MAMA

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (09) días del mes de octubre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional

Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO

Identificado(a) con C.C. 1093759739

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA MANEJO Y GESTION DEL DUELO

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (02) días del mes de octubre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO

Identificado(a) con C.C. 1093759739

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO
FORMACION EN TRIAGE EN URGENCIAS

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (09) días del mes de octubre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art.2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO

Identificado(a) con C.C. 1093759739

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO
FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA DENGUE Y OTROS VECTORES

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (09) días del mes de octubre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional - Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico Rehabilitación Cardiopulmonar y Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO

Identificado(a) con C.C. 1093759739

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGIA CERVICOUTERINA

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (09) días del mes de octubre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional y Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO

Identificado(a) con C.C. 1093759739

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al;

CURSO

FORMACION EN TOMA DE MUESTRAS PRUEBAS RAPIDAS (POCT)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (09) días del mes de octubre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO

Identificado(a) con C.C. 1093759739

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO
FORMACION EN IMPLANTE DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de Cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (09) días del mes de octubre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional

Resolución 3100 de 2019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL LATAM
ENTRETENIMIENTO & EDUCACIÓN

LA CORPORACIÓN INTERNACIONAL LÍDERES LATINOAMÉRICA

NIT 830.086.471-6

Hace constar que:

NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO

Identificado(a) con C.C. 1093759739

Cursó y aprobó los estudios correspondiente al:

CURSO

FORMACION EN HUMANIZACION Y CALIDAD EN LA ATENCION EN SERVICIOS DE SALUD

Vigencia de 2 años a partir de la fecha de expedición

Con una intensidad horaria de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los (02) días del mes de octubre del año 2024

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8. Educación Informal - Ministerio de Educación Nacional
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

VALIDAR CERTIFICADO

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialización en Auditoria Clínica, Cuidado Critico
Rehabilitación Cardiopulmonar y
Certificación AHA como proveedor en salud

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes Latinoamérica

La validez del diploma también la puedes solicitar al 3003905210 o al correo academico@cillatinoamerica.com.co

CIL
CORPORACIÓN INTERNACIONAL DE LÍDERES ONG

Hace Constar Que

Nataly Estefanny Hernandez Carrillo

C.C. 1.093.759.739

Aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

SOPORTE VITAL BASICO (BLS)

VIGENCIA 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION

Con una intensidad de veinte (20) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los tres (03) días del mes de Agosto del año 2023
En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8 Educación Informal Del Ministerio de Educación Nacional
Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes ONG

CS01937CH

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Certificación Internacional AHA-Proveedor en Salud
Especialista en Cuidado Critico

La validez del diploma la puedes solicitar al 3003905210 o al correo cil.colombia@hotmail.com

CIL
CORPORACIÓN INTERNACIONAL DE LÍDERES ONG

Hace Constar Que

Nataly Estefanny Hernandez Carrillo

C.C. 1.093.759.739

Aprobó los estudios correspondientes al

CURSO

FORMACION EN ATENCION INTEGRAL EN SALUD PARA VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GENERO

VIGENCIA 2 AÑOS A PARTIR DE LA FECHA DE EXPEDICION

Con una intensidad de cincuenta (50) horas

Se expide en la ciudad de Bucaramanga a los tres (03) días del mes de Agosto del año 2023

En cumplimiento del decreto 1075 del 26 de mayo del 2015 Art 2.6.6.8 Educación Informal Del Ministerio de Educación Nacional

Resolución 3100 de 2.019- Ministerio de Salud y Protección

LUIS CARLOS PRADA PRADA
Director
Corporación Internacional Líderes ONG

CS01937CH

BEATRIZ EUGENIA RAMOS SUAZA
Especialista en Auditoria Clínica

La validez del diploma la puedes solicitar al 3003905210 o al correo cil.colombia@hotmail.com

89

652

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141131348446

(415)7707212489984(8020) 000014113134844 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 3 7 5 9 7 3 9	1	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 3 7 5 9 7 3 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Los Patios 4 0 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	CARRILLO	NATALY	ESTEFANNY

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal: CR 16 200 425 CON VENTURA

42. Correo electrónico: steffy_1129@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 7 3 0 5 3 1 7	3 1 0 8 0 8 4 6 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 3 0 3 2 2					2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2024 - 09 - 28 / 01 : 17: 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 09-10-2024 06:16:26PM

DOCUMENTO COPIA NO VERIFICADO SIN COSTO

663
3

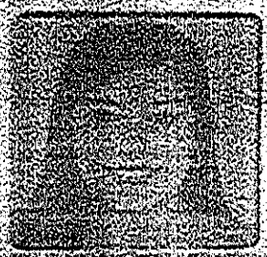
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD

NORTE DE SANTANDER / COLOMBIA

NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO

C.C. 1,093,759,739 de Los Patios

Registro: 54-1505 Mayo 10 / 2013



PROFESIONAL UNIVERSITARIO — ENFERMERA

Francisco de Paula Santander

Cucuta

Marzo 22 / 2013

13975 Mayo 10 / 2013

125

36

1339

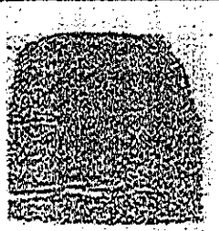
JAVIER ORLANDO PRIETO PEÑA
Director del Instituto

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.093.759.739
HERNANDEZ CARRILLO
APELLIDOS
NATALY ESTEFANNY
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-NOV-1991
LABATECA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
21-DIC-2009 LOS PATIOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL

P-2505400-00215364-F-1093759739-20100217 0021013722A1 33700340

CEDIL Ltda.

CENTRO DE ESPECIALIDAD
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

CERTIFICAMOS

Que la(o) Señor(a) NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO identificada con cedula de ciudadanía N° 1.063.752.736 de la Patos (Norte de Santander) Labora en nuestra Compañía desde el 14 de Junio de 2013 hasta el 7 de Junio de 2014 desempeñando el Cargo de ENFERMERA JEFE.

La presente se expide a solicitud del(a) interesado(a), los (06) nueve días del mes de Junio de 2014.

Cordialmente,

MARLUVY GALVIS CORTES
Jefe de Contabilidad

OPS-2018-089

CERTIFICACIÓN

Con la presente certifico que el (la) señor (a) **NATALY ESFEFANNY HERNANDEZ CARRILLO,** identificado(a) con cédula de Ciudadanía N° 1.093.759.738, estuvo prestando sus servicios mediante un contrato de **PRESTACION DE SERVICIOS** en Actividades **AUDITORIA CONCURRENTE,** desde el 10 de Octubre de 2016 hasta el 30 de Junio de 2018, con la empresa **ACIEL COLOMBIA SOLUCIONES INTEGRALES S.A.S.**

En constancia, se expide a solicitud del interesado el día 05 de Julio de 2018.

Sin otro particular,

ACIEL COLOMBIA

NUBIA CONSUELO GARCIA TOVAR
Gerente Administrativa y Proyectos Especiales

CONSORCIO CALIDAD FOMAG 002-2018

NIT 901.194.487-3
CE-7822

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DEL CONSORCIO CALIDAD FOMAG 002-2018 - NIT: 901.194.487-3

CERTIFICA

Que, el Sr(a). **NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO,** identificado con cédula de ciudadanía número 1.093.759.739 de LOS PATIOS, prestó sus servicios profesionales de manera autónoma e independiente mediante ***CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS***, de la siguiente manera:

NUMERO DE CONTRATO:	05471
PLAZO DE EJECUCIÓN:	36 MES(ES) Y 15 DIA(S)
FECHA DE INICIO:	16 de abril de 2021
FECHA DE TÉRMINO:	30 de abril de 2024
OBJETO DEL CONTRATO:	EL CONTRATISTA, de manera independiente, sin subordinación o dependencia, utilizando sus propios medios y elementos de trabajo, prestará los servicios como CONTRATISTA AUDITOR SALUD tendientes a: La prestación de servicios profesionales en la AUDITORÍA INTEGRAL (ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y MEDICA) a los prestadores de servicios de salud del magisterio (entidades que garantizan la prestación de los servicios de salud del plan de atención integral y la atención médica derivada de los riesgos laborales para los afiliados al FONDO NACIONAL DE PRESTACIONES SOCIALES DEL MAGISTERIO en el territorio nacional, asumiendo y gestionando el riesgo en salud, operativo y financiero que del contrato se deriva); ubicados en las diferentes regionales del territorio nacional, con el fin de verificar el cumplimiento de los procesos y condiciones definidos contractualmente con FIDUPREVISORA S.A. para la Zona 2; conforme a las condiciones que indique el pliego definitivo y anexos de la INVITACION PUBLICA No 002 DE 2018 FOMAG. EL CONTRATISTA elaborará y presentará al CONTRATANTE los informes pertinentes con la documentación soporte, de conformidad con el plan de trabajo y actividades asignadas.
ACTIVIDADES:	1. Realizar el plan de auditoría de acuerdo a las auditorías a realizar tanto ambulatorias como hospitalarias y en urgencias a la Red de prestación de servicios de salud de los operadores que tienen contrato con la FIDUPREVISORA. 2. Realizar auditorías de paciente trazador o concurrentes tanto ambulatorias, hospitalarias y de urgencias a la Red de prestación de servicios de salud,de los operadores que tienen contrato con la FIDUPREVISORA. 3. Realizar auditoría Integral basada en riesgos (componente de salud, componente operativo y componente financiero) ambulatorias, hospitalarias y en urgencias a la Red de prestación de servicios de salud,

Calle 93 No 11A – 11 Of. 603 - Bogotá D.C – PBX: 6919901

CONSORCIO CALIDAD
FOMAG
002-2018

	de los operadores que tienen contrato con la FIDUPREVISORA. y determinar el riesgo inherente. 4. Realizar visitas de seguimiento tanto ambulatorias como hospitalarias a la Red de prestación de servicios de los operadores que tienen contrato con la FIDUPREVISORA, y determinar el riesgo neto. 5. realizar un informe de alertas críticas que se presentan en la red de prestación de servicios de salud, eventos tales como, cierre de servicios, o mortalidades. 6. Realizar auditorías a las rutas integrales de atención en salud tales como ruta materno perinatal, promoción y mantenimiento Cardio-cerebro-vascular cáncer etc. 7. Realizar el informe respectivo por cada IPS de cada una de las auditorías teniendo en cuenta el enfoque ,la implementación y los resultados de cada uno de los hallazgos y formulación de potenciales riesgos y no conformidades.

La relación contractual citada, se caracterizó por ausencia de subordinación o dependencia, y por tanto sin cumplimiento de reglamentos laborales por parte del contratista independiente.

La presente certificación se expide en Bogotá D.C. a los cuatro (4) días del mes de junio de dos mil veinticuatro.

Cordialmente,

JACQUELINE JAIMES TRESPALACIOS
REPRESENTANTE LEGAL

Calle 93 No 11A – 11 Of. 603 - Bogotá D.C – PBX: 6919901

669

EXPERT

Medellín, febrero 01 de 2024

LA DIRECCIÓN NACIONAL DE TALENTO HUMANO
DE EXPERT MEDICA IPS S.A.S

CERTIFICA QUE:

La señora NATALY ESTEFANNY HERNANDEZ CARRILLO, identificada con la Cédula de Ciudadanía número 1.093.759.739, laboró para la sociedad Expert Medica IPS S.A.S, identificada con Nit. 900952820-2, mediante contrato individual de trabajo por terminación obra o labor, desde el día 19 de agosto del 2014 hasta el 30 de enero del 2024, desempeñando el cargo de GESTOR HOSPITALARIO PROFESIONAL NIVEL 2.

El presente certificado se expide a solicitud del interesado. De ser necesaria información adicional, con gusto será suministrada en el teléfono 414 44 48 ext-112.

Cordialmente,

CRISTINA URIBE GUALDRON
Directora Nacional De Talento Humano

670

Salud Total

NIT: 800130907-4

LA JEFE DE NOMINA DE MEDICALL TH - PROCESO NACIONAL DE GESTIÓN HUMANA DE SALUD TOTAL EPS-S S.A.

CERTIFICA:

Que **HERNANDEZ CARRILLO NATALY ESTEFANNY** identificada (o) con cédula de ciudadanía número 1093759739 laboro en SALUD TOTAL EPS-S S.A., desde el **8 de AGOSTO del 2023** hasta el **25 de OCTUBRE del 2023,** desempeñando el cargo de **ENFERMERO AUDITOR II.**

La presente se expide en Bogotá D.C, el **07 de noviembre de 2023.**

CERTIFICACIÓN LABORAL

MARTHA ISABEL CABRERA OJEDA
Jefe de Nomina Medicall TH
Proceso de Gestion Humana de SALUD TOTAL EPS-S S.A
Tel: 7425770 EXT 167

671

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2024-10-09 18:43

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
NATALY	ESTEFANNY	HERNANDEZ	CARRILLO

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1093759739

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	LABATECA

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	NORTE DE SANTANDER	Municipio	LABATECA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO - HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	SANTANDER	Municipio	CAPITANEJO
Dirección	["Cra 4 # 1 - 05"]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación:

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2023 fueron:

672

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$47.200.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	$4.000.000,00
Gastos de representación	$2.500.000,00
Arriendos	
Honorarios	$70.000.000,00
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$123.700.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$1.000.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo
CREDITOS	$42.000.000,00

12. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Organo	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [ ] No [X]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [ ]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo documento [ ] Número [ ]

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

[ ]

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3 INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual: Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4 OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:

696
43

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) HERNANDEZ CARRILLO NATALY ESTEFANNY identificado(a) con CC número 1.093.759.739 se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de mayo de 2022 y sus recursos se encuentran en el FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 09 de octubre de 2024.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

*Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: 744 44 64 - Medellín y Cali 510 90 99
Barranquilla: 319 79 99 - Cartagena: 642 49 99 - Nacional 01 8000 52 8000
www.proteccion.com

20241009174462

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario: 141131348446

(415)7707212489984(8020) 000014113134844 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 3 7 5 9 7 3 9	1	Impuestos y Aduanas de Bucaramanga	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 3 7 5 9 7 3 9	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Los Patios 4 0 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
HERNANDEZ	CARRILLO	NATALY	ESTEFANNY

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Floridablanca 2 7 6

41. Dirección principal: CR 16 200 425 CON VENTURA

42. Correo electrónico: steffy_1129@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 7 3 0 5 3 1 7	3 1 0 8 0 8 4 6 3 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 3 0 3 2 2						2 2 2 4	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5																									

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2024 - 09 - 28 / 01 : 17: 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizado:

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 09-10-2024 06:16:26PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

678
4

Dr. Camilo Alberto García Jáuregui
Médico Especialista En Salud Ocupacional
Servicios especializados de salud ocupacional
Carrara 5 No. 8B-40 Centro Médico Integral 2do Piso
Pamplona - Norte de Santander
Cel. 3176473203 - 3208604427
ail. camilogarciaj@sytsaludytrabajo.com - saludocupacionalpamplona@hotmail.com
www.sytsaludytrabajo.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 27.223

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	10 MES	2024 AÑO	PAMPLONA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

PARTICULARES CONTADO	ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

HERNANDEZ CARRILLO NATALY ESTEFANNY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	32 AÑOS 10 MESES 10 DÍAS	CC	1093759739
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
ENFERMERA PREOFESIONAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

N/A	NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico		Aspirante o Trabajador
Firma:		Firma:
Nombre: GARCIA JAUREGUI CAMILO ALBERTO ALBERTO		Nombre: HERNANDEZ CARRILLO NATALY ESTEFANNY
R. M.: 1038 L.S.O.: 001330	Código de Seguridad U231A1G27223	CC: 1093759739

E. S. E. Hospital San Bartolomé
La salud, un compromiso de todos
NIT: 800194328-4

CERTIFICACION PARAFISCALES

La suscrita Contadora y Gerente, certifica que la empresa ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME DE CAPITANEJO Identificada con la NIT N° 800.194.328-4, ha realizado los pagos de seguridad social y Aportes Parafiscales de los últimos tres meses y se encuentra a paz y salvo, tal como lo establece el artículo 50 de la ley 789 de 2002, la ley 1150 de 2007 y demás obligaciones fiscales del orden regional y nacional.

La presente se expide en Capitanejo Santander a solicitud de los interesados a los nueve (09) días del mes de diciembre de 2024.

MARIA VICTORIA MANOSALVA
Gerente

RUBIELA SANCHEZ CACERES
Contadora Publica
178523- TP

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
Nit 800194328	4	ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME	B	0	COLMENA - 14-25	SUCURSAL	8610	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
68-147	CARRERA 4 NO 1 05		6600352		GERENCIA@HOSPITALSANBARTOLOME-SANTANDER.GOV.CO			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-12	2025-01	32141252	E	2025-01-09	TODOS LOS CENTROS	SANTANDER	CAPITANEJO	7.866.600	0	BANCO POPULAR
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PSE)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
11	32141252	2025-01-09	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	M-N			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	IND	IRP	TDE	TAS	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	EPST	ARPT	APP	DIAS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot.	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot.	NOMBRE	IBC	Cot.	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	SAL Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 26953517	RODRIGUEZ BAYONA CARMEN ALICIA	1.587.500	F											0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.587.500	254.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.587.500	198.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.587.500	63.500	1.587.500	38.700	0,02436	1.587.500	31.800	47.700	0	0	01	0	634.200	N	3851001
2	CC 28651678	LEON LANDINEZ HERCILIA	1.587.500	F											0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.587.500	254.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.587.500	198.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.587.500	63.500	1.587.500	38.700	0,02436	1.587.500	31.800	47.700	0	0	01	0	634.200	N	3851001
3	CC 63397079	CELY CASTELLANOS SANDRA MILENA	1.587.500	F	X										0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.587.500	254.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.587.500	198.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.587.500	63.500	1.587.500	38.700	0,02436	1.587.500	31.800	47.700	0	0	01	0	634.200	N	3851001
4	CC 1005304146	ARDILA COLMENARES JORGE ANDRES	1.587.500	F	X										0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.587.500	254.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.587.500	198.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.587.500	63.500	1.587.500	38.700	0,02436	1.587.500	31.800	47.700	0	0	01	0	634.200	N	3851001
5	CC 1095901951	ALVAREZ CACERES SAYRA BRYITH	1.587.500	F											0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.587.500	254.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.587.500	198.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.587.500	63.500	1.587.500	38.700	0,02436	1.587.500	31.800	47.700	0	0	01	0	634.200	N	3851001
6	CC 1096959165	BARRERA DELGADO VICTOR ALFONSO	1.637.500	F	X										0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.637.500	263.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.637.500	204.700	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.637.500	65.500	1.637.500	71.300	0,04356	1.637.500	32.800	49.200	0	0	01	0	685.500	N	3851001
7	CC 1096959562	CACERES MORA JULIETH TATIANA	2.700.000	F	X										0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.700.000	432.000	0	0	SANITAS-EPS005	2.700.000	337.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	2.700.000	108.000	2.700.000	65.800	0,02436	2.700.000	54.000	81.000	0	0	01	0	1.078.300	N	3851001
8	CC 1098100683	CORREA URIBE MARCELINO	1.637.500	F											0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.637.500	263.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.637.500	204.700	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.637.500	65.500	1.637.500	71.300	0,04356	1.637.500	32.800	49.200	0	0	01	0	685.500	N	3851001
9	CC 1099181221	PATIÑO LEON MARIA ISABEL	1.587.500	F	X										0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.587.500	254.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.587.500	198.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.587.500	63.500	1.587.500	38.700	0,02436	1.587.500	31.800	47.700	0	0	01	0	634.200	N	3851001
10	CC 1056691126	MENDOZA RAMIREZ YESIKA	2.700.000	F											0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.700.000	432.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.700.000	337.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	2.700.000	108.000	2.700.000	65.800	0,02436	2.700.000	54.000	81.000	0	0	01	0	1.078.300	N	3851001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 800194328	4	ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME	B	0	COLMENA - 14-25	SUCURSAL	8610	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
68-147	CARRERA 4 NO 1 05		6600362		GERENCIA@HOSPITALSANBARTOLOVE-SANTADER.GOV.CO			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-12	2025-01	32141252	E	2025-01-09	TODOS LOS CENTROS	SANTANDER	CAPITANEJO	7.506.500	0	BANCO POPULAR
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
11	32141252	2025-01-09	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
18.200.000	18.200.000	18.200.000	18.200.000	18.200.000

RESUMEN DE PAGO								
SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3)				10	2.912.000	0	0	2.912.000
PORVENIR	230301	800224808	8	6	1.718.000	0	0	1.718.000
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	254.000	0	0	254.000
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	3	940.000	0	0	940.000
EPS(Administradoras: 3)				10	2.275.400	0	0	2.275.400
SANITAS	EPS005	800251440	6	6	1.342.400	0	0	1.342.400
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	3	734.500	0	0	734.500
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	1	198.500	0	0	198.500
ARP(Administradoras: 1)				10	506.400	0	0	506.400
COLMENA	14-25	800226175	3	10	506.400	0	0	506.400
CCF(Administradoras: 1)				10	728.000	0	0	728.000
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890201578	7	10	728.000	0	0	728.000
SENA(Administradoras: 1)				10	364.400	0	0	364.400
SENA	PASENA	899999034	1	10	364.400	0	0	364.400
ICBF(Administradoras: 1)				10	546.600	0	0	546.600
ICBF	PAICBF	899999239	2	10	546.600	0	0	546.600
Gran Total					7.332.800	0	0	7.332.800

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 800194328	4	ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME	B	0	COLMENA - 14-25	SUCURSAL	8610	Jurídica
MUNDEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
68-147	CARRERA 4 NO 1 05		6800382		GERENCIA@HOSPITALSANBARTOLOVE-SANTADER.GOV.CO			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-11	2024-12	31729508	E	2024-11-29	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	7.586.900	0	BANCO POPULAR
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
11	31729508	2024-12-06	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MEN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	IRP	SLN	IGE	LMA	VAC	VACL	AVP	VCT	INC	EPST	APPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	BC	Cot.	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	BC	Cot.	NOMBRE	BC	Cot.	BC	Cot.	ARL	BC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.				
1	CC 25053617	RODRIGUEZ BAYONA CARMEN ALICIA	1.587.500	F									0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.587.500	254.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.587.500	190.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.587.500	63.500	1.587.500	38.700	0,02436	1.587.500	31.800	47.700	0	0	0	01	0	634.200	N	3851001
2	CC 28053678	LEON LANDINEZ HERCILIA	1.587.500	F									0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.587.500	254.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.587.500	190.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.587.500	63.500	1.587.500	38.700	0,02436	1.587.500	31.800	47.700	0	0	0	01	0	634.200	N	3851001
3	CC 63396236	QUINTERO PEREZ FLOR DEL CARMEN	1.637.500	F									0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.637.500	262.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.637.500	204.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.637.500	65.500	1.637.500	39.900	0,02436	1.637.500	32.800	49.200	0	0	0	01	0	654.100	N	3851001
4	CC 63397979	CELY CASTELLANOS SANDRA MILENA	1.587.500	F									0			30	30	30	30	COLFONDOS-231901	1.587.500	254.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.587.500	190.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.587.500	63.500	1.587.500	38.700	0,02436	1.587.500	31.800	47.700	0	0	0	01	0	634.200	N	3851001
5	CC 1065300146	ADARME COLMENARES JORGE ANDRES	1.587.500	F									0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.587.500	254.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.587.500	190.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.587.500	63.500	1.587.500	38.700	0,02436	1.587.500	31.800	47.700	0	0	0	01	0	634.200	N	3851001
6	CC 1093581931	ALVAREZ CAICEDO SAYRA BRIYITH	1.587.500	F									0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.587.500	254.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.587.500	190.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.587.500	63.500	1.587.500	38.700	0,02436	1.587.500	31.800	47.700	0	0	0	01	0	634.200	N	3851001
7	CC 1096955165	BARRERA DELGADO VICTOR ALFONSO	1.637.500	F									0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.637.500	262.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.637.500	204.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.637.500	65.500	1.637.500	71.300	0,04356	1.637.500	32.800	49.200	0	0	0	01	0	685.500	N	3851001
8	CC 1096958652	CACERES MORA JULIETH TATIANA	2.700.000	F									0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	2.700.000	432.000	0	0	SANITAS-EPS005	2.700.000	337.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	2.700.000	108.000	2.700.000	65.600	0,02436	2.700.000	54.000	81.000	0	0	0	01	0	1.078.300	N	3851001
9	CC 1098160882	COLPEA URIBE MARCELINO	1.637.500	F									0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.637.500	262.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.637.500	204.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.637.500	65.500	1.637.500	71.300	0,04356	1.637.500	32.800	49.200	0	0	0	01	0	685.500	N	3851001
10	CC 1098101211	PATIÑO LEON MARIA ISABEL	1.587.500	F									0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.587.500	254.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV.-EPS041	1.587.500	190.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	1.587.500	63.500	1.587.500	38.700	0,02436	1.587.500	31.800	47.700	0	0	0	01	0	634.200	N	3851001
11	CC 1098691126	MENDOZA RAMIREZ YESSKA	2.700.000	V									0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.700.000	432.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.700.000	337.500	COMFENALCO SANTANDER CCF49	2.700.000	108.000	2.700.000	65.800	0,02436	2.700.000	54.000	81.000	0	0	0	01	0	1.078.500	N	3851001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

ASOPAGOS s.a.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
N 800194328	4	ESE HOSPITAL SAN BARTOLOME	R	0	COLMENA - 14-25	SUCURSAL	8610	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
68-147	CARRERA 4 NO 1 05		6900382		GERENCIA@HOSPITALSANBARTOLOVE-SANTADER.GOV.CO			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-11	2024-12	31729505	E	2024-11-29	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	7.986.900	0	BANCO POPULAR
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LIMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
11	31729505	2024-12-06	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
19.837.500	19.837.500	19.837.500	19.837.500	19.837.500

SUBSISTEMA	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 3)				11	3.174.000	0	0	0	3.174.000
PORVENIR	230301	800224808	8	6	1.718.000	0	0	0	1.718.000
COLFONDOS	231001	800227940	6	1	254.000	0	0	0	254.000
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	4	1.202.000	0	0	0	1.202.000
EPS(Administradoras: 3)				11	2.480.100	0	0	0	2.480.100
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	1	198.500	0	0	0	198.500
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	4	939.200	0	0	0	939.200
SANITAS	EPS005	800251440	6	6	1.342.400	0	0	0	1.342.400
ARP(Administradoras: 1)				11	546.300	0	0	0	546.300
COLMENA	14-25	800226175	3	11	546.300	0	0	0	546.300
CCF(Administradoras: 1)				11	793.500	0	0	0	793.500
COMFENALCO SANTANDER	CCF40	890201578	7	11	793.500	0	0	0	793.500
SENA(Administradoras: 1)				11	397.200	0	0	0	397.200
SENA	PASENA	899999034	1	11	397.200	0	0	0	397.200
ICBF(Administradoras: 1)				11	595.800	0	0	0	595.800
ICBF	PAICBF	899999239	2	11	595.800	0	0	0	595.800
Gran Total					7.986.900	0	0	0	7.986.900

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA DE LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	CÓDIGO	AP-CCP-RG-36
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	1 de 3

TIPO DE CONTRATO:	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
CONTRATO No. Y FECHA:	**CO1.PCCNTR.6911202 del 16 de octubre de 2024**
CONTRATISTA:	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO**
Nit o C.C. No.	800194328
CONCEPTO:	REALIZAR ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y GESTIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN SANTANDER
VALOR INICIAL	$17,800,000.00
VALOR ADICIONAL	$0
ANTICIPO INICIAL (XXX%):	0.00
ANTICIPO ADICIONAL (XXX%):	$0.00
PLAZO INICIAL:	SESENTA Y UN (61) - Días calendario
PLAZO ADICIONAL:	
INTERVENTOR CONTRATO O CONVENIO:	
Nit o C.C. No. DEL INTERVENTOR	0
SUPERVISOR:	MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS Acto Administrativo de fecha 16 de octubre de 2024
FECHA DE INICIACION:	01 de noviembre de 2024
FECHA DE TERMINACION:	31 de diciembre de 2024
MUNICIPIO:	CAPITANEJO
OFICINA GESTORA:	SECRETARÍA DE SALUD

En Bucaramanga, a los 16 días del mes de junio de 2025 se reunieron, **PRADA RAMIREZ EDWIN ANTONIO**, en calidad de SECRETARIO DE SALUD del Departamento y **MANOSALVA AGUDELO MARIA VICTORIA,** quien comparece en calidad de representante legal, de **EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO** con el fin de suscribir la presente acta de liquidación por mutuo acuerdo.

CONSIDERANDO:

1. Que entre el Departamento de Santander y EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO se celebró el contrato de CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. **CO1.PCCNTR. 6911202 del 16 de octubre de 2024**, cuyo objeto es **REALIZAR ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y GESTIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN SANTANDER**

2. Que por voluntad de las partes hemos acordado dar por terminado el citado contrato, teniendo en cuenta que se cumplió a cabalidad con el objeto contractual.

3. Que en consecuencia se procederá a la liquidación del mismo de conformidad con el artículo 60 de la Ley 80 de 1993, modificado por el artículo 32 de la ley 1150 de 2007 y el artículo 217 del Decreto Nacional 019 de 2012; así como lo establecido en el artículo 11 de la Ley 1150 de 2007.

4. Que se verifico por parte de la Supervisora Maria Teresa Santander Dueñas el cumplimiento del objeto del contrato, mediante el Acta de recibo final suscrita a los 16 días del mes de junio de 2025

5. Que con base en el acta anterior se ha constatado que la ejecución del contrato fue de $17.800.000 equivalente al 100 % del valor total del contrato.

6. Que el balance financiero del contrato es el siguiente:

RELACIÓN Y BALANCE

VALOR CONTRATO INICIAL	$17.800.000	
VALOR CONTRATO ADICIONAL		
ANTICIPO INICIAL		$
ANTICIPO ADICIONAL		$
VR. A PAGAR ACTA DE RECIBO DE FINAL		$17.800.000
SALDO A FAVOR DEL DEPARTAMENTO		$ 0.oo
SALDO A FAVOR DEL CONTRATISTA		$ 0.oo
SUMAS IGUALES	**$17.800.000**	**$17.800.000**

7. Que se han realizado los siguientes pagos:

RELACION DE PAGOS

N° COMPROBANTE DE EGRESO	FECHA (DDMMAAAA)	CONCEPTO (anticipo, desembolsos o actas)	VALOR	FUENTE DE FINANCIACION
		ANTICIPO INICIAL	$	
		ANTICIPO ADICIONAL	$	
EN TRAMITE	EN TRAMITE	DESEMBOLSO FINAL	$17.800.000	SGP-SALUD PUBLICA COLECTIVA

8. Que no se presentaron Reintegro de Saldos y Rendimientos Financieros a favor del Departamento: (Se debe anexar copia de la consignación)

SALDOS A FAVOR DEL DEPARTAMENTO	FECHA	VALOR $	No. CUENTA Y ENTIDAD EN LA QUE SE CONSIGNARON
VALOR DESEMBOLSADO NO EJECUTADO		$	
RENDIMIENTOS FINANCIEROS		$	
TOTAL		$	

9. De conformidad con el artículo 2.2.1.2.1.4.5. del decreto 1082 del 26 de mayo de 2015, teniendo en cuenta la modalidad de este contrato y su cuantía no se exigirán garantías.

10. Que, durante la ejecución del contrato, se verificó el cumplimiento de las obligaciones del contratista frente a los aportes al sistema de seguridad social, cajas de compensación familiar, ICBF y SENA, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 789 de 2002.

11. Se deja constancia que el servicio objeto de este contrato fue entregado a la secretaria de salud de Santander el día 31 de Diciembre de 2024, mediante acta de recibo final suscrita a los 16 días del mes de Junio de 2025.

ACUERDAN

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA DE LIQUIDACIÓN POR MUTUO ACUERDO	CÓDIGO	AP-CCP-RG-36
		VERSIÓN	0
		FECHA DE APROBACIÓN	22/03/2023
		PÁGINA	3 de 3

Dar por liquidado el Contrato de CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. CO1.PCCNTR. **6911202 del 16 de octubre de 2024**, declarándose las partes a Paz y Salvo entre ellas, libres de toda desavenencia, no manifestando observación u objeción alguna.

Conforme a la función de control y vigilancia asignada al Supervisor del contrato, estos declaran: Que una vez la Tesorería del Departamento efectué el ultimo desembolso por valor de ($17.800.000) correspondiente al pago del acta final, resulta procedente que las partes intervinientes se declaren a paz y salvo por todo concepto derivado de la ejecución del contrato No. CO1.PCCNTR. **6911202 del 16 de octubre de 2024**, comprometiéndose la SECRETARÍA DE SALUD Departamental a surtir los trámites necesarios para efectuar el pago del saldo por cancelar.

Para constancia de lo anterior se firma la presente acta por los que en ella intervinieron y se declaran a paz y salvo por todo concepto, una vez se haga efectivo el pago del acta de que trata el numeral anterior, a los 16 días del mes de junio de 2025

PRADA RAMIREZ EDWIN ANTONIO
SECRETARIO DE SALUD

MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS

SUPERVISOR

MANOSALVA AGUDELO MARIA VICTORIA
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO
CONTRATISTA

PROYECTO: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO

687

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

178523-T



RUBIELA
SANCHEZ CACERES
C.C. 63398508
RES. INSCRIPCION 237 DEL 30/05/2013
UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

JOSE ORLANDO RAMIREZ ZULUAGA
DIRECTOR GENERAL

231650 189978

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL | JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como Contador Público de acuerdo con lo establecido en la Ley 43 de 1990. Es personal e intransferible.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: (57)(1) 644 4450 o devolverla a la UAE – Junta Central de Contadores a la Carrera 16 No. 97- 46 Of.301 en Bogotá D.C.

FIRMA

688

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

0BEAEC513CAB3CBB

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **RUBIELA SANCHEZ CACERES** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 63398506 de MALAGA (SANTANDER) Y Tarjeta Profesional No 178523-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS **********
****
****

Dado en BOGOTA a los 16 días del mes de Enero de 2025 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia Gobernación de Santander	ACTA DE CIERRE EXPEDIENTE CONTRACTUAL	CÓDIGO	AP-CCP-RG-07
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	02/05/2023
		PÁGINA	1 de 2

De conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.1.2.4.3 del Decreto 1082 de 2015 y con los lineamientos impartidos por Colombia Compra Eficiente, se procede a realizar el cierre del expediente del contrato No. **No. CO1.PCCNTR. 6911202 del 16 octubre de 2024** cuyo objeto es "FINANCIAR LOS GASTOS DE OPERACIÓN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO Y DE LA INFRAESTRUCTURA PÚBLICA ADMINISTRADA POR TERCEROS, DESTINADOS A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD".,

Tipo de Contrato	CONVENIO INTERADMINISTRATIVO
Contrato No. Fecha	**CO1.PCCNTR.6911202 del 16 de octubre de 2024**
Nombre del Contratista	**EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN BARTOLOME DEL MUNICIPIO DE CAPITANEJO**
Nit o CC	800194328
Objeto del Contrato:	REALIZAR ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN PREVENCIÓN CÁNCER DE MAMA EN ENTORNO COMUNITARIO ÁREA URBANA CON ADOLESCENTES, JUVENTUD Y ADULTEZ, ENMARCADO DENTRO DEL PROYECTO IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE Y GESTIÓN DEL RIESGO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN SANTANDER
Valor inicial:	$17.800.000
Valor Adicional:	$0
Anticipo:	NA
Plazo inicial:	SESENTA Y UN (61) - Días calendario
Plazo Adicional:	NA
Supervisor	**MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS** Acto Administrativo de fecha 16 de octubre de 2024
Fecha de Inicio	01 de noviembre de 2024
Fecha de Terminación	31 de diciembre de 2024
Acta de Suspensión	NA
Acta de Reinicio:	NA
Municipio:	CAPITANEJO

República de Colombia Gobernación de Santander	**ACTA DE CIERRE EXPEDIENTE CONTRACTUAL**	**CÓDIGO**	AP-CCP-RG-07
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	02/05/2023
		PÁGINA	2 de 2

Oficina Gestora:	SECRETARIA DE SALUD
Fecha Acta de Liquidación o Terminación:	16 Junio 2025
Fecha de Cumplimiento de los Amparos:	NA

Mediante la presente acta se deja constancia del cierre del expediente del contrato en mención, lo que significa ya se realizó la liquidación del mismo.

Firmada la presente acta, se archiva el expediente por quienes en ella intervinieron a los 16 del mes de Junio de 2025

PRADA RAMIREZ EDWIN ANTONIO
SECRETARIO DE SALUD

MARIA TERESA SANTANDER DUEÑAS

SUPERVISOR