EJE:
ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

ACTIVIDAD 1.1

(Microterritorio Urbano)

Desarrollar talleres de educación en salud oral en Institución educativa con intervalo de un mes, sobre sensibilización sobre enseñanza de técnica de cepillado, uso de seda dental, alimentación saludable, elementos de higiene oral, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros), controles por odontología. Los talleres están dirigidos a todos los estudiantes de primero, segundo y tercero de primaria con mínimo 20 (veinte) estudiantes. En cada taller se debe realizar revelado de placa bacteriana, índice COP-ceo y canalización a los servicios de odontología de su respectiva EPS. Es indispensable que, en la concertación de la actividad, se solicite que el día del taller, los estudiantes deben llevar al colegio, sus elementos de higiene oral

Nombre de la actividad:
Talleres escolares de promoción y prevención en salud oral para estudiantes de básica primaria

Objetivo:
Fomentar hábitos de higiene oral adecuados en niños de básica primaria mediante actividades educativas, prácticas y de control, con el fin de prevenir enfermedades bucales y promover el autocuidado.

Población intervenida:
Estudiantes de los grados primero, segundo y tercero de primaria de una institución educativa, con un mínimo de 20 estudiantes por grupo.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6- 11	12- 17	18- 28	29- 59	>60
1	16-05-2025	I.E. Perpetuo Socorro	20	12	8	0	20	0	0	0	0
2	17-07-2025	I.E. Perpetuo Socorro	20	12	8	0	20	0	0	0	0
3											
TOTAL			20	12	8	0	20	0	0	0	0

Desarrollo de la actividad:
Se realizó programación de 3 talleres en educación de salud oral en la institución educativa xxxxxx

Durante los talleres se realizó las siguientes actividades:

- Se inició con charlas sobre los hábitos para fomentar una adecuada salud e higiene oral.
- En cada taller se abordarán temas como: técnica adecuada de cepillado, uso correcto del hilo dental, alimentación saludable para la salud oral, tipos de elementos de higiene bucal (convencionales y naturales).
- Se realizará revelado de placa bacteriana y se aplicó el índice COP-ceo para identificar caries
- Se sensibilizó sobre la elaboración y uso de elementos naturales de higiene oral (como seda dental casera).

Requerimientos:
- Caja de guantes por 100 unidades
- Bajalenguas PAQ.x 20 UNID
- Linterna
- Liquido Revelador de placa Bacteriana

Conclusión:
La implementación de talleres escolares de salud oral permite impactar positivamente en los hábitos de higiene de los niños, detectando de forma temprana riesgos y fomentando la prevención. La articulación con las EPS y la institución educativa garantiza el seguimiento de casos detectados y fortalece el autocuidado desde edades tempranas.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

TALLER No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Talleres escolares de promoción y prevención en salud oral para estudiantes de básica primaria.
LUGAR	I.E. Perpetuo Socorro
FECHA	16-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Estudiantes de Grado








ESCUDO

	ACTA DE CONCERTACIÓN	GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA
	CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025	

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 14 del mes mayo. del año 2025 se reunieron Bibiana K Burgos Ramos. representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y _____ representante de I.E Perpetuo Socorro. de la zona Urbana. del municipio de San Carlos. con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Talleres de educación en salud oral en Institución educativa. Con intervalo de un mes, sobre sensibilización sobre enseñanza de técnicas de cepillado, uso de seda dental, alimentación saludable, elementos de higiene oral, elementos naturales de higiene oral (seda dental casera, entre otros) Contando por odontología. Dirigidos a estudiantes de 1,2,3 de primaria con máximo 30 estudiantes En cada Taller se debe hacer revelado de placa bacteriana, índice de COP-ceo	Atención Primaria en salud.	16 de mayo 2025.	- Guantes - Tapabocas - Espejo bucales - Gotas reveladores de placa bacteriana - Baton desechables. - Exploradores. - Espejo grande.	odontologo	Ninguna

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Bibiana K Burgos R	Nombre:	
Cedula de ciudadania:	50953728	Cedula de ciudadania:	78703.045
Entidad:	ESE Hospital San Fco	Entidad:	I.E. Perpetuo Socorro
Numero de contacto	3148621115	Numero de contacto	3145452472
Firma:		Firma:	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E Perpetuo Socorro	Hora de Inicio: 08:00 am
Fecha 26-05-2025.	Hora de Finalización: 10:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

Sensibilizar y enseñar a los niños y niñas de primero, segundo y tercer grado, la importancia de cuidar su salud bucal a través del aprendizaje de técnicas adecuadas de cepillado, una alimentación saludable y el uso correcto de los elementos de higiene oral, de forma divertida y participativa, para ayudarles a mantener dientes sanos y una sonrisa feliz.

Desarrollo de la Reunión

1. Bienvenida y presentación.
   - Saludo y breve explicación del tema a tratar: "Aprender a cuidar nuestra boca para tener dientes sanos y fuertes".
2. Charla o taller corto con apoyo visual.
   - Importancia de cepillarse los dientes
   - Como y cuando cepillarse
   - Alimentos que cuidan nuestros dientes
   - Video corto sobre las técnicas de cepillado, alimentación saludable.
3. Actividad práctica.
   - Demostración de cepillado (modelo de boca).
   - Realizar cepillado en frente del espejo. para que el niño pueda comprender mejor la técnica de cepillado.
4. Cierre. Entrega de cepillo dental a cada niño participante.

Conclusiones

- Los niños entendieron la importancia de cuidar sus dientes todos los días.
- Aprendieron como cepillarse correctamente y cuando hacerlo.
- Reconocieron alimentos buenos y malos para la salud bucal.
- Se motivaron a mantener una buena higiene oral de forma divertida.

Recomendaciones

- Utilizar actividades lúdicas y visuales adaptadas a la edad.
- Incluir demostraciones prácticas de cepillado.
- Explicar con lenguaje sencillo y claro.
- Promover los alimentos saludables y limitar los azucarados.
- Mostrar y explicar el uso de los elementos de higiene oral.
- Entregar material educativo para que el niño pueda practicar lo aprendido.

Responsables de la Actividad

Bibiana K. Borrego R.
Odontóloga.

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, William, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 78.703.045, en Representación del I.E Perpetuo Socorro., certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Taller de educación en salud oral sobre sensibilización sobre enseñanza de técnicas de cepillado, alimentación saludable, elementos de higiene oral., en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos a los 26 días del mes de 05 del 2025.

FIRMA: William Rom. M

CEDULA DE CIUDADANÍA: 78703.045

CELULAR: 314 595 5272

	FORMATO	CÓDIGO: GSIP-F-476
tic — Cartagena de Indias	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA HISTORIA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIS	FECHA: 12/08/2024
		PÁGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	
DVC	Talleres de salud oral	Taller.	16-05-25	08:00 am	10:00 am	I.E Perpetuo Socorro.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	BARRIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Vanessa Soto Cordero	N/A	N/A	San Carlos	RC	1065016210	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Vanessa
Jesty Hernández Rodiño	N/A	N/A	San Carlos	RC	1138033443	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Jesty
Valentina Polo Peña	N/A	N/A	San Carlos	RC	1233041450	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Valentina
María José Góez Ortiz	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358492	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	María José
Karolay Ramos Reinado	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358505	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Karolay
Mauricio Rivas León	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358459	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Mauricio
Shailin Nispereza Reyes	N/A	N/A	San Carlos	RC	1029123238	Pri	7	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Shailin
Pablo A. Vargas Arroyo	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358534	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Pablo
Mary Paz Warne C.	N/A	N/A	San Carlos	RC	1067638535	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Mary Paz
Katrin González Regino	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358323	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Katrin
Oscar Causil López	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358404	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	OSCAR
Camilo Casarrubia Monte	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358421	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Camilo

Nivel de escolaridad: SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual YG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad: AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SOE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMIR: Población migrante irregular PMIR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones particulares: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VMC: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCU: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PER: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CODIGO: GMP-P4-F6
	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA : 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
Gto.	Talleres de Salud oral	Taller	16 05 /25	08:00 am	10:00 am	I.E. Perpetuo Socorro.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Arroyo Villalobos V.	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358400	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Arroyo. V.
Milagro Molina Espitia	N/A	N/A	San Carlos	RC	1233041355	Pri	7	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Milagro M
Emmanuel Rios Hernández	N/A	N/A	San Carlos	RC	1138033402	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Emmanuel Ríos
Melissa Arroyo Villeva	N/A	N/A	San Carlos	RC	1065295189	Pri	7	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Melissa Arroyo
Liam Negrete Jaramillo	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358328	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Liam negrete
Adriana Ortega Hoyos	N/A	N/A	San Carlos	RC	1011358493	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Adriana
Sebastian Gulfo Causie	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358434	Pri	6	M	H	A	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Sebastian
Matias Macea Torres	N/A	N/A	San Carlos	RC	1011358358	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Matías Macea

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual YG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SOE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGR: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

TALLER No. 2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Talleres escolares de promoción y prevención en salud oral para estudiantes de básica primaria
LUGAR	I.E. Perpetuo Socorro
FECHA	17-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Estudiantes de Grado







Gobernación de Córdoba. NIT. 800103935-6
Palacio de Nain. Calle 27 No. 3 - 28 Montería, Córdoba
PBX. + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@cordoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co



	FORMATO	CODIGO: GMP-PI-FO
	LISTADO DE ASISTENCIA ENTERRO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA : 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
ave	Talleres de salud oral	Taller	4 mayo/25	08:00 a m	10:00 a m	IE. Perpetuo socorro.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Amayo Villalobos Valencia	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358400	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Amayo V
Melissa Amayo Villera	N/A	N/A	San Carlos	RC	1065295189	Pri	7	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Melissa Arroyo
Milagro Molina Espitia	N/A	N/A	San Carlos	RC	1233041355	Pri	7	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Milagro M.
Emmanuel Rios Hernández	N/A	N/A	San Carlos	RC	1138033402	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Emmanuel Rios
Sebastian Gulfo Causie	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358434	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Sebastian
Adriana Ortiza Hoyos	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358493	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Adriana
Liam Negrete Jaramillo	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358328	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Liam Negrete
Matias Macea Tóres	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358358	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Matias Macea

Nivel de escolaridad: SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TyT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad: AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero RIO: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; HCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CODIGO GUIA-PR-16	
	LISTADO DE ASISTENCIA INTERNO	VERSION: 01	
	GUIA DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN CONTABLE Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA: 12/08/2024	
		PAGINA: 1 de 1	

SECRETARIA / DEPENDENCIA: CNE.

NOMBRE: Talleres de salud oral

TIPO DE EVENTO: Taller

FECHA: 07/05/25.

HORA INICIO: 08:00 am

HORA FIN: 01:00 pm

LUGAR: IE Perpetuo socorro

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	ÁREA	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Vanessa Soto Cordero	N/A	N/A	San Carlos	RC	1065916210	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	No tiene	no tiene	vahessa
Jesty Hernández Rodiño	N/A	N/A	San Carlos	RC	1138033443	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	JESTY
Valentina Polo Peña	N/A	N/A	San Carlos	RC	1233041450	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Valentina
Katin González Regino	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358323	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Katrin
Camilo Casarrubia Monte	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358421	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Camilo
Shailin Mizpenza Reyes	N/A	N/A	San Carlos	RC	1029123238	Pri	7	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Shajlin
Oscar Causil López	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358404	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	OSCAR
María José Gómez Ortiz	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358492	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	maría José
Pablo A. Vargas Arroyo	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358534	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Pablo
Karolai Polo Peña	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358505	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Karolay
Mary Paz Warne C.	N/A	N/A	San Carlos	RC	1067638535	Pri	6	F	M	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Mary Paz
Mauricio Rivas León	N/A	N/A	San Carlos	RC	1071358459	Pri	6	M	H	H	no	SPE	CU	no tiene	no tiene	Mauricio

Nivel de escolaridad: CER: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad: AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMASI: Población migrante irregular PMASR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SIN: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VMCA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PTCC: Persona Habitante de Calle; PSP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; MP: Madres o padres Cabeza de Hogar

EJE: Atención Primaria en Salud - APS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de Educación en Salud Oral

LUGAR: I.E Perpetuo Socorro-Sn Carlos

PROFESIONAL QUE REALIZA LA ACTIVIDAD: Bibiana K. Burgos R.

PLANILLA DE SALUD ORAL

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

							TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
							Fecha:					Fecha:					Fecha:				
No.	Nombre Estudiante	Curso	Fecha nacimiento DD/MM/AAAA	Edad	# Documento Identidad		COP				% placa Bacteriana	COP				% placa Bacteriana	COP				% placa Bacteriana
							Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Oscar D. Causil López	1	10/10/2018	6	1071358404		00	00	00	24	46%	00	00	00	24	47%	00	00	00	24	36%
2	Emmanuel Rios Hernández	1	18/01/2019	6	1138033402		00	00	00	24	31%	00	00	00	24	38%	00	00	00	24	36%
3	Katiin González Regino	1	25/06/2018	6	1071358323		00	00	00	24	20,8%	00	00	00	24	22%	00	00	00	24	15%
4	Jesty Hernández Rodiño	1	03/04/2019	6	1138033443		00	00	00	24	29%	00	00	00	24	26%	00	00	00	24	18%
5	Mauricio Rivas León	1	08/01/2019	6	1071358459		00	00	00	24	34,4%	00	00	00	24	37%	00	00	00	24	26%
6	Sebastian Gulfo Causil	1	15/10/2018	6	1071358434		00	00	00	24	27%	00	00	00	24	26%	00	00	00	24	20%
7	Mary Paz Wayne Cabradia	1	28/11/2018	6	1067638535		00	00	00	24	34%	00	00	00	24	18%	00	00	00	24	29%
8	Amaya Villalobos Valencia	1	18/10/2018	6	1071358400		03	02	00	19	30%	03	02	00	19	31%	03	02	00	19	36%
9	Adriana Ortega Hoyos	1	22/11/2018	6	1071358493		00	00	00	24	37,5%	00	00	00	24	26%	00	00	00	24	33,3%
10	Liam Negrete Jaramillo	1	08/06/2018	6	1071358328		02	02	00	20	28%	02	02	00	20	22%	01	03	00	20	31%

Firma docente: Firma docente: Firma docente:

EJE: Atención Primaria en Salud - APS

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Talleres de Educación en Salud Oral

LUGAR: I.E Perpetuo Socorro - Sn Carlos

PROFESIONAL QUE REALIZA LA ACTIVIDAD: Bibiana K Burgos R.

PLANILLA DE SALUD ORAL

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA

pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

OMNIA SUNT PACIS PRAE — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

						TALLER # 1					TALLER # 2					TALLER # 3				
						Fecha:					Fecha:					Fecha:				
No.	Nombre Estudiante	Curso	Fecha nacimiento DD/MM/AAAA	Edad	# Documento Identidad	COP				% placa Bacteriana	COP				% placa Bacteriana	COP				% placa Bacteriana
						Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos		Cariados	Obturados	Perdidos	Sanos	
1	Shailin Nisperuza Reyes	1	12/05/2018	7	1029723238	02	01	00	21	36%	02	01	00	21	31,2%	02	01	00	21	34%
2	Valentina Polo Peña	1	06/11/2018	6	1233041450	00	00	00	22	28%	00	00	00	22	22%	00	00	00	22	20,4%
3	Melissa Arroyo Pillera	1	30/04/2018	7	1065295189	00	00	00	24	31,2%	00	00	00	24	29%	00	00	00	24	20,8%
4	Milagro Molina Espitia	1	03/07/2018	7	1233041355	00	00	00	24	46,8%	00	00	00	24	43,7%	00	00	00	24	45%
5	Camilo Casarrubia Montes	1	05/11/2018	6	1071358421	05	00	00	17	43,1%	04	01	00	17	45 %	04	01	00	17	56%
6	Matias Macea Torres	1	12/08/2018	6	1071358358	04	00	00	20	47,9%	04	00	00	20	39%	04	00	00	20	43%
7	Karolay Ramos Peinado	1	03/10/2018	6	1071358505	00	00	00	24	52%	00	00	00	24	46%	00	00	00	24	47%
8	Pablo Vargas Arroyo	1	27/03/2019	6	1071358534	00	00	00	24	43%	00	00	00	24	36%	00	00	00	24	39%
9	María José Gómez Ortiz	1	02/01/2019	6	1071358492	00	00	00	24	37%	00	00	00	24	38%	00	00	00	24	39%
10	Vanessa Soto Cordero	1	18/02/2019	6	1065016210	00	00	00	24	38%	00	00	00	24	39,5%	00	00	00	24	41%

Firma docente: _____ Firma docente: _____ Firma docente: _____

ACTIVIDAD No. 1.7
(Microterritorio Rural)

Taller de educación en salud sexual y salud reproductiva dirigido a niños y niñas de grado tercero, cuarto y quinto de primaria de la institución educativa del micro territorio para que puedan estar en capacidad de identificar las diferencias de sexo, adquirir información adecuada sobre la anatomía de los órganos genitales y sus funciones, fomentar actitudes positivas frente al cuerpo y la genitalidad y promover el autocuidado de la salud sexual y prevenir las violencias sexuales y violencias de género.

Nombre de la actividad:

Taller de Educación en Salud Sexual y Reproductiva para Niños y Niñas de Educación Primaria

Objetivo:

Brindar a niños y niñas de tercero a quinto grado de primaria conocimientos básicos sobre las diferencias de sexo, la anatomía de los órganos genitales y sus funciones, fomentar actitudes positivas frente al cuerpo y la genitalidad, así como promover el autocuidado de la salud sexual y la prevención de las violencias sexuales y de género.

Población intervenida:

Estudiantes de grado 3°, 4° y 5° de primaria de la institución educativa del microterritorio Rural.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	16-05-2025	Coroza Abajo	12	7	5	0	12	0	0	0	0
2											
3											
TOTAL			12	7	5	0	12	0	0	0	0

Desarrollo de la actividad:

- **Preparación pedagógica:** Se diseñaron actividades y materiales lúdico-educativos acordes con el nivel de desarrollo de los niños y niñas. Se utilizará un enfoque de derechos, protección y respeto a la diversidad.

- **Implementación del taller en sesiones estructuradas por temas:**

- **Sesión 1: Conociendo mi cuerpo**, iniciamos con actividades para identificar las partes del cuerpo, diferencias entre los sexos y el respeto por la diversidad corporal. Se utilizan ilustraciones anatómicas simples y lenguaje apropiado para la edad.

- **Sesión 2: Órganos genitales y sus funciones**, se explicó de forma clara y sencilla los órganos genitales femeninos y masculinos, sus nombres reales y funciones. Se trabaja el reconocimiento corporal como parte del desarrollo personal y el respeto por sí mismos y por los demás.

- **Sesión 3: Mi cuerpo merece respeto**, se enseñó a los niños y niñas a identificar límites, decir **"NO"** cuando algo les incomoda, reconocer toques seguros e inseguros, y diferenciar entre secretos buenos y malos.

- **Sesión 4: Autocuidado y prevención de violencias**, en esta sesión se promovió el autocuidado, el reconocimiento de situaciones de riesgo, y se orienta sobre cómo actuar ante casos de violencia sexual o de género, identificando a adultos de confianza.

- **Sesión 5: Actividad lúdica de cierre y reflexión**, se realizó una actividad grupal que refuerce lo aprendido: dramatizaciones, dibujos, juegos de roles o creación de murales sobre el cuidado del cuerpo y el respeto.

Requerimientos:

- Espacio adecuado dentro de la institución educativa.
- Facilitador/a capacitado/a en educación sexual integral y trabajo con infancia (Enfermera- Médico).
- Rotafolio, en papel propalcote 200 grs, 10 hojas, full color, tamaño CARTA, impreso a dos caras, soporte en trípode en cartón maule, argollado doble.

Conclusión:

El taller permite que los niños y niñas desarrollen una visión saludable, respetuosa y positiva de su cuerpo y su sexualidad, fortaleciendo su autoestima y su capacidad de autoprotección. Proveer información clara, adaptada a su edad y desde un enfoque preventivo, los empodera para reconocer situaciones de riesgo y buscar ayuda, convirtiéndose en una estrategia fundamental para prevenir violencias sexuales y de género desde la primera infancia.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

TALLER No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Taller de Educación en Salud Sexual y Reproductiva para Niños y Niñas de Educación Primaria
LUGAR	Coroza Abajo
FECHA	16-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Estudiantes de grado 3°de la Institución Educativa Coroza Abajo







E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA — GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 13 del mes Mayo del año 2025 se reunieron Leidis Vasquez representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y carlos espitia representante de Coroza abajo de la zona rural del municipio de San carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Desarrollar Taller en educacion sexual y salud reproductiva -Grado tercero o cuarto o quinto primaria -fomentar actitudes positivas frente al cuerpo y la genitalidad, promover autocuidado salud sexual y prevenir violencia sexuales y violencia de genero.	Atencion primaria en salud	16/Mayo 2025	Rotafolio	Enfermera y medico	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Carlos Espitia S.	Nombre:	Leidis Vasquez
Cedula de ciudadanía:	11153554.	Cedula de ciudadanía:	30688912
Entidad:	Coroza abajo	Entidad:	ESE San Francisco.
Numero de contacto	3144147964.	Numero de contacto	3234561858
Firma:		Firma:	

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Coroza Abajo	Hora de Inicio: 8:00 AM
Fecha 16 / Mayo / 2025	Hora de Finalización: 10:00 AM

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar Taller de educacion sexual y salud reproductiva para que puedan estar en capacidad de identificar las diferencias de sexo fomentar actitudes positivas frente al cuerpo, fomentar el autocuidado de la salud sexual y prevenir violencia sexual y de genero.

Desarrollo de la Reunión

Llegada al punto de encuentro (colegio) Hora 8:00am 10:00am
- nos dirigimos al coordinador y profesora
- Explicamos la tematica a exponer
- nospresentamos con los niños
- Exponemos tematica, hacemos preguntas
- tomamos evidencias
- despedida y agradecimiento.

Conclusiones

niños muy poco enformados sobre las partes de su cuerpo. logramos que identificaran factores de riesgo en un caso de ataque sexual

Recomendaciones

Hablar más con los niños sobre su cuerpo
Brindarles confianza y un lugar seguro.

Responsables de la Actividad

Julieth Vásquez
Enfermera

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Carlos espitia, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 11153554, en Representación del Colegio coraza abajo., certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Taller educativo sobre Educacion Sexual, Violencia de genero Violencia sexual, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos a los 16 días del mes de Mayo del 2025.

FIRMA:

CEDULA DE CIUDADANÍA: 11153.554.

CELULAR: 3144147064.

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA : 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Educación Sexual	Capacitación	16-05-2025	8:00 am	10:00 am	Colonia abajo.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Bairon Ramos Heredia	No Tiene	No Tiene	San Carlos	TI	1062984472	PRI	8.	M	H	H	No	SPE	Sr	No Tiene	No Tiene	Bairón
Elen Arroyo Alzate	No Tiene	No Tiene	San Carlos	RC	1071357843	PRI	8	F	M	M	No	Sí	Sr	No Tiene	No Tiene	Hellen
Estefanía Pastrana	No Tiene	No Tiene	San Carlos	RC	1065013556	PRI	8.	F	M	M	No	Sí	Sr	No Tiene	No Tiene	Estefanía.
Emanuel Padron.	No Tiene	No Tiene	San Carlos	TI	1062984726	PRI	7	M	H	H	No	SPE	Sr	No Tiene	No Tiene	Emanuel
Vanessa Meneses.	No Tiene	No Tiene	San Carlos	TI	1061985371	PRI	10.	F	M	M	No	Sí	Sr	No Tiene	No Tiene	Vanesa
Luis Benda Navarro	No Tiene	No Tiene	San Carlos	TI	1065301356	PRI	11	M	H	H	No	SPE	Sr	No Tiene	No Tiene	
Willy Yesid Mendoza	No Tiene	No Tiene	San Carlos	TI	1071358189	PRI	7	M	H	H	No	SPE	Sr	No Tiene	No Tiene	Willi
Valentina Meneses	No Tiene	No Tiene	San Carlos	TI	1071358194	PRI	7	F	M	M	No	SPE	Sr	No Tiene	No Tiene	Valentina
Matias Pitos Yanez	No Tiene	No Tiene	San Carlos	TI	1071357386	PRI	9.	M	H	H	No	SPE	Sr	No Tiene	No Tiene	Matias
Karoly Felix Patiño	No Tiene	No Tiene	San Carlos	TI	1071358093	PRI	7	F	M	M	No	SPE	Sr	No Tiene	No Tiene	Karoly
Maria Jose Jimenez	No Tiene	No Tiene	San Carlos	TI	1071358259	PRI	7	F	M	M	No	SPE	Sr	No Tiene	No Tiene	maria Jose
Saory Cordoba	No Tiene	No Tiene	San Carlos	TI	1071358236	PRI	7	F	M	M	No	SPE	Sr	No Tiene	No Tiene	Saori

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad **PRI:** Primaria **SEC:** Secundaria **MED:** Media **TYT:** Técnico o Tecnológico **PRO:** Profesional **MAE:** Maestría **DOC:** Doctorado **POS:** Posdoctorado **MAS:** Maestro o Sabedor

Sexo: **M:** Masculino **F:** Femenino **I:** Intersexual
Género: **H:** Hombre **M:** Mujer **T:** Trans
Orientación sexual: **H:** Heterosexual **L:** Lesbiana **G:** Gay **B:** Bisexual **TG:** Transgénero **Q:** Queer **TS:** Transexual **+:** Otro **A:** Asexual

Tipo de documento: **CC:** Cédula **TI:** Tarjeta de identidad **CE:** Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva **FIS:** Física **INT:** Intelectual **VIS:** Visual **SCE:** Sordoceguera **PSI:** Psicosocial **MUL:** Múltiple

Grupo étnico: **N:** Negro **A:** Afrodescendiente **R:** Raizal **P:** Palenquero **IND:** Indígena **PMGI:** Población migrante irregular **PMGR:** Población migrante regular **ROM:** Pueblo Rrom **SPE:** Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: **CR:** Comunidad Rural; **CU:** Comunidad Urbana; **VICA:** Persona Víctima del Conflicto Armado; **PHCLL:** Persona Habitante de Calle; **PEP:** Persona en ejercicio de la prostitución; **PPL:** Persona Privada de la Libertad; **PEX:** Población Excombatiente; **MG:** Mujeres Gestantes; **CH:** Madres o padres Cabeza de Hogar

ACTIVIDAD No. 1.9

(Microterritorio Rural)

Capacitación a padres de familia y líderes comunitarios para abordar temas de salud sexual con base en las preguntas anónimas que han formulado los adolescentes y jóvenes en el proceso de formación (mínimo 15 personas)

Nombre de la actividad:

Capacitación a Padres de Familia y Líderes Comunitarios en Salud Sexual y Reproductiva desde las Inquietudes de los Jóvenes

Objetivo:

Fortalecer las capacidades de padres de familia y líderes comunitarios para abordar temas de salud sexual y reproductiva con adolescentes y jóvenes, a partir de sus preguntas e inquietudes, promoviendo el diálogo respetuoso, el acompañamiento y la prevención de riesgos como el embarazo adolescente, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las violencias sexuales.

Población intervenida:

Mínimo 15 personas entre padres, madres, cuidadores y líderes comunitarios del territorio Rural.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	12-05-2025	Coroza Abajo	17	12	5	0	0	0	1	10	6
2											
3											
TOTAL			17	12	5	0	0	0	1	10	6

Desarrollo de la actividad:

- **Preparación del contenido:** A partir de las preguntas anónimas recopiladas durante el proceso de formación con los adolescentes y jóvenes, se clasificó los temas más frecuentes (por ejemplo: métodos anticonceptivos, relaciones sexuales, consentimiento, orientación sexual, embarazo adolescente, IVE, etc.).

- **Diseño del taller:** Se estructuró una jornada de capacitación participativa con enfoque educativo, en la que se abordarán las preguntas formuladas por los jóvenes, generando espacios de reflexión y entrega de herramientas prácticas para que padres y líderes puedan:

- Comprender las inquietudes actuales de los adolescentes.
- Comunicarse de manera abierta y sin prejuicios.
- Acompañar en la toma de decisiones informadas y responsables.
- Prevenir situaciones de riesgo.

Desarrollo de la jornada:

- Bienvenida e introducción al propósito del taller.
- Presentación de preguntas reales formuladas por los adolescentes (de forma anónima y respetuosa).
- Explicación clara y fundamentada de cada respuesta por parte del facilitador.
- Espacio de diálogo abierto con los asistentes para compartir experiencias, dudas y aprendizajes.
- Entrega de estrategias de comunicación asertiva con hijos e hijas adolescentes.
- Recomendaciones para el acompañamiento desde el hogar y la comunidad.
- Reflexión de cierre y compromisos.

Requerimientos:

- Facilitador(a) con experiencia en educación sexual y trabajo comunitario (Enfermera – Médico).
- Rotafolio, en papel propalcote 200 grs, 10 hojas, full color, tamaño CARTA, impreso a dos caras, soporte en trípode en cartón maule, argollado doble.

Conclusión:

La capacitación a padres y líderes comunitarios crea un puente entre las inquietudes de los adolescentes y el rol protector de sus familias y comunidad. Al abordar preguntas reales con respeto, se promueve una cultura de confianza, comunicación abierta y prevención, generando entornos seguros donde los jóvenes puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos con responsabilidad y acompañamiento.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

CAPACITACIÓN No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Capacitación a Padres de Familia y Líderes Comunitarios en Salud Sexual y Reproductiva desde las Inquietudes de los Jóvenes
LUGAR	Coroza Abajo
FECHA	12-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Padres, madres, cuidadores y líderes comunitarios del territorio Rural









E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO – DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA – GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 10 del mes Mayo del año 2025 se reunieron Leidys vasquez Cardona representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Susana Araujo. representante de Vereda corota Abajo. de la zona Rural del municipio de San Carlos. con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Capacitación a padres de familia y lideres comunitarios para abordar temas de salud Sexual.	Atención primaria en Salud.	12/Mayo 2025	Refrigerio	Enfermera medico	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Susana Araujo de Araujo	Nombre:	Leidys Vasquez
Cedula de ciudadanía:	36160034.	Cedula de ciudadanía:	30688912
Entidad:	VDA Corozo Abajo	Entidad:	E.S San francisco.
Numero de contacto	3205388602.	Numero de contacto	3234561858
Firma:		Firma:	

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Vereda carretabajo.	Hora de Inicio: 2:00 PM.
Fecha 12 de Mayo 2025	Hora de Finalización: 4:00 PM.

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar una capacitación a padres de Familia y lideres de la comunidad. donde se trataran temas de Salud Sexual con base en preguntas Anonimas que han formulado Algunos Adolecentes.

Desarrollo de la Reunión

- llegada al lugar donde se va a realizar la capacitación
- siendo las 2:00 pm. se da inicia a la capacitación con la presentación de los Profesionales en Salud. y dando la Bienvenida a los asistentes
- Se aborda el tema propuesto para la Actividad donde los Asistentes presentan Dudas las cuales a su momento se le van dando Respuesta. logrando tener un Espacio de Escucha y orientación. Dando por terminada la Actividad.
- Entrega de Refrigerio
- Despedida - Agradecimiento.

Conclusiones

-la Importancia de llevar este tipo de capacitación a la población.

Recomendaciones

-ninguna en Especifico.

Responsables de la Actividad

Leidis Vasquez C. Enfermera

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Susana Araujo Otero., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26160034, en Representación del Vereda Cereza abajo., certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó una capacitación a padres de familia y lideres de la comunidad. donde se abordo temas de Salud sexual que fue de gran interes para todos en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San carlos a los 12 días del mes de Mayo del 2025.

FIRMA: Susana M Araujo Otero

CEDULA DE CIUDADANÍA: 26160034.

CELULAR: 3205388602.

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: (Capacitación, Asistencia técnica, Otra)	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	educación sexual	Capacitación	12-05-2025	2:00pm	4:00pm	V/ Cerrza Abajo.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Julio Pastrana Carmona	N/A	N/A	Sancarlos	CC	78016238	SIN	67	M	H	H	NO	SPE	Sr	Nocrar	No Tiene	Julio Pastrana
Orlando Acosta Padilla	N/A	N/A	Sancarlos	CC	6800823 17	PRI	68	M	H	H	NO	SPE	Sr	3168433021	No Tiene	Orlando Acosta
Bibiana Arango	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26160134	TYT	58	F	M	M	NO	SPE	Sr	3205388632	No Tiene	
Nohemi Reyes Pacheco	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26160 2001	PRI	66	F	H	M	NO	SPE	Sr	3160433021	No Tiene	Nohemi Reyes
Argelino Simanca Mora	N/A	N/A	Sancarlos	CC	11152506	TYT	54	M	H	H	NO	SPE	Sr	3026391169	No Tiene	ARGELIO ESM
Luz Martinez P.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26230691	SEC	54	F	M	M	NO	SPE	Sr	3113597501	No Tiene	Luz E Martinez perez
Elena Alian	N/A	N/A	Sancarlos	CC	25867262	SIN	77	F	M	M	NO	SPE	Sr	3217340383	No Tiene	elena alian
Yolesdys Montesino	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1065009287	SEC	29	F	M	M	NO	SPE	Sr	3117340383	No Tiene	Yolesdys Montesino O.
tomas Sierra	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1538007066	SIN	82	M	H	H	NO	SPE	Sr	3205388632	No Tiene	
Waimar Alfanzo Ruiz	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071353449	SIN	26	M	H	H	NO	SPE	Sr	3205388632	No Tiene	waimar carreño T.
Dolis Nigrete	N/A	N/A	Sancarlos	CC	50859756	SIN	60	F	M	M	NO	SPE	Sr	Nocrar	No Tiene	Rosaura otero
Rosana Perez Ramos	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1065296258	SIN	45	F	M	M	NO	SPE	Sr	3011848683	No Tiene	Rosana Negrete

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad **PRI:** Primaria **SEC:** Secundaria **MED:** Media **TYT:** Técnico o Tecnológico **PRO:** Profesional **MAE:** Maestría **DOC:** Doctorado **POS:** Posdoctorado **MAS:** Maestro o Sabedor

Sexo: **M:** Masculino **F:** Femenino **I:** Intersexual
Género: **H:** Hombre **M:** Mujer **T:** Trans
Orientación sexual: **H:** Heterosexual **L:** Lesbiana **G:** Gay **B:** Bisexual **TG:** Transgénero **Q:** Queer **TS:** Transexual **+:** Otro **A:** Asexual

Tipo de documento: **CC:** Cédula **TI:** Tarjeta de identidad **CE:** Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva **FIS:** Física **INT:** Intelectual **VIS:** Visual **SCE:** Sordoceguera **PSI:** Psicosocial **MUL:** Múltiple

Grupo étnico: **N:** Negro **A:** Afrodescendiente **R:** Raizal **P:** Palenquero **IND:** Indígena **PMGI:** Población migrante irregular **PMGR:** Población migrante regular **ROM:** Pueblo Rrom **SPE:** Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: **CR:** Comunidad Rural; **CU:** Comunidad Urbana; **VICA:** Persona Víctima del Conflicto Armado; **PHCLL:** Persona Habitante de Calle; **PEP:** Persona en ejercicio de la prostitución; **PPL:** Persona Privada de la Libertad; **PEX:** Población Excombatiente; **MG:** Mujeres Gestantes; **CH:** Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: (Capacitación, Asistencia técnica, ...)	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	educacion sexual	Capacitacion.	12-05-2025	2:00 pm	4:00 pm	V/ garza Abajo.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Alpidia Reyes Pacheco.	N/A	N/A	San carlos	CC	26161762.	Sec	57.	F	M	M	NO	SPE	Si	3243969222	NO TIEN	AlpidiaReyes
Mailys Arguedo.	N/A	N/A	San carlos	CC	30689319	Sec	46.	F	M	M	NO	SPE	Si	NO TIEN	NO TIEN	MARIYS Arguedo J
Susana pacheco C	N/A	N/A	San carlos	CC	26161936.	Sec	55	F	M	M	NO	SPE	Si	NO TIEN	NO TIEN	susanapacheco
Aindy Acosta Reye	N/A	N/A	San carlos	CC	1071353959	Pri	33	F	M	M	NO	SPE	Si	3225133944	NO TIEN	Aindy acosta
Mayo Pacheco	N/A	N/A	San carlos	CC	25115332	Sec	56	F	M	M	NO	SPE	Si	No tiene	NO TIEN	Mayo P.

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

ACTIVIDAD No. 1.11

(Microterritorio Rural)

Jornadas de tamizaje para ITS (VIH y sífilis), con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad por parte de personal certificado en POCT. Se debe garantizar la asesoría pre y post prueba y la entrega de cinco (05) preservativos a las personas que accedan a las pruebas. se debe garantizar la canalización efectiva de los usuarios con resultados reactivos a la IPS primaria para captación de los casos resguardando la confidencialidad. Mínimo 20 personas.

Nombre de la actividad:

Jornada de Tamizaje para Infecciones de Transmisión Sexual (VIH y Sífilis) con Enfoque Preventivo y Acompañamiento Integral.

Objetivo:

Realizar tamizaje para VIH y sífilis con enfoque preventivo a personas entre 15 y 60 años de edad, garantizando asesoría pre y post prueba, entrega de preservativos, y canalización efectiva de casos reactivos, asegurando el respeto a la confidencialidad y el acceso oportuno a servicios de salud.

Población intervenida:

Personas entre 15 y 60 años de edad del territorio Rural. Mínimo 30 personas por jornada.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	12-06-2025	Lamedero	24	22	2	0	0	0	5	15	4
2											
3											
TOTAL			24	22	2	0	0	0	5	15	4

Desarrollo de la actividad:

4. **Planificación de la jornada:**

- Coordinación con la entidad territorial de salud y las IPS primarias.
- Convocatoria a la población objetivo mediante redes comunitarias, líderes, y medios locales.
- Disposición del personal certificado

5. **Implementación de la jornada:**

- **Registro y consentimiento informado:** Se realizó tamizaje a las personas que accedieron a la prueba, previo registro de manera confidencial y voluntaria, con firma de consentimiento para la prueba.
- **Asesoría pre-prueba:** Se realizó una charla grupal, donde se explicó el propósito de la prueba, el procedimiento, implicaciones de un resultado reactivo y medidas de prevención.
- **Toma de muestras rápidas para VIH y sífilis:** Realizadas por personal certificado en POCT, bajo condiciones seguras e higiénicas.
- **Asesoría post-prueba y entrega de resultados:** Se entregó el resultado de manera privada y se brindó asesoría de acuerdo con el resultado.
- **Entrega de preservativos:** A cada persona que accedió a la prueba se le entregan cinco (5) preservativos como estrategia de prevención.

6. **Seguimiento y canalización de casos reactivos:**

- Los casos reactivos son acompañados por un referente comunitario o profesional designado hasta la puerta de entrada a la IPS correspondiente, con seguimiento asegurado para confirmación diagnóstica y tratamiento.

Requerimientos:

- Personal certificado en POCT (excluyendo bacteriología).
- Pruebas rápidas para sífilis x 30 TESTS
- Pruebas rápidas para VIH X 30 TESTS
- ALGODÓN TORUNDAS BOLSA X 500 g
- Caja de guantes por 100 unidades
- Guardian de 1 lt
- Lancetas Caja X 50 Unds
- Bolsa de residuos negra paquete por 10 unidades
- Bolsa de residuos roja por 10 unidades.
- Fotocopias de formatos o registros, impresos a una tinta, tamaño oficio, en papel bond de 75 grs. Consentimiento informado
- Fotocopias de formatos o registros, impresos a una tinta, tamaño oficio, en papel bond de 75 grs. Formato de reporte de resultados
- Alcohol CANECA X 350 ML
- Preservativos

Conclusión:

La jornada de tamizaje para VIH y sífilis promueve el diagnóstico temprano y la prevención de las ITS en la comunidad, garantizando un enfoque respetuoso y confidencial. Al combinar la toma de pruebas rápidas con asesoría educativa y entrega de preservativos, se fortalece el autocuidado y se reduce el riesgo de transmisión. La canalización efectiva de casos reactivos asegura el acceso oportuno a tratamiento, contribuyendo al control de la cadena de transmisión en la población.

JORNADA No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornada de Tamizaje para Infecciones de Transmisión Sexual (VIH y Sífilis) con Enfoque Preventivo y Acompañamiento Integral.
LUGAR	Lamedero
FECHA	12-06-2025
POBLACION INTERVENIDA	Personas entre 15 y 60 años de edad del territorio Rural.









Gobernación de Córdoba. NIT. 800103935-6
Palacio de Nain. Calle 27 No. 3 - 28 Montería, Córdoba
PBX. + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@corodoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA SUNT PERFACTA IN IPSUM — GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 10 del mes junio del año 2025 se reunieron Leidis Vasques C. representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y mone diaz representante de Comedero de la zona rural del municipio de Sancarlos. con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Desarrollar jornada preventiva de tamizaje para ITS (VIH y SIFILIS) con enfoque a personas entre 15 a 60 años.	atencion primaria en salud	12/06/2025	- TESTS SIFILIS - Tests de VIH - algodon - caja de guantes - Guardian - lanceta - bolsa negra - Bolsa roja - consentimientos - alcohol - 150 preservativos	enfermera medico o	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Maria Liz diaz	Nombre:	Leidis Vasquez
Cedula de ciudadanía:	1067743320	Cedula de ciudadanía:	30688912
Entidad:	Comedero	Entidad:	ESE San Francisco
Numero de contacto	3113517822	Numero de contacto	3234561858
Firma:		Firma:	

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Lamedero	Hora de Inicio: 4:00 PM
Fecha 12 Junio 2025	Hora de Finalización: 6:00 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar Jornada preventiva de tamizaje para TTS (VIH y sifilis) con enfoque a personas entre 15 a 60 años.

Desarrollo de la Reunión

Hora de llegada :

- Presentacion del grupo de trabajo
- presentacion del tema
- expocicion de tema con preguntas y respuestas.
- toma de evidencias
- agradecimientos y despedida

Conclusiones

Muy Buen ambiente con el grupo de participantes.
mucha participacion por parte de ellos.

Recomendaciones

Responsables de la Actividad

Paula Vasquez C
enfermera

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, mona diaz, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1067943320, en Representación del Lanceleo, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Jornada preventiva de tamizaje. para TTS. (VIH y sifilis), en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San carlos a los 12 días del mes de Junio del 2025.

FIRMA:

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1067943320

CELULAR: 3113517822.

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA : 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Tamizaje (VIH, sifilis)	Jornada	12/06/2025	4:00pm	6:00pm	Comedero

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Sara Garay Yanes	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1193561305	TYT	23	F	M	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Sara Garay Yanes
Fernanda Gonzalez	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1065011358	TYT	21	F	M	H	NO	SPE	CR	3013873702	No Tiene	Fernanda Gonzalez
Lily Fonseles S	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1103100259	MED	36	F	M	H	NO	SPE	CR	3126583370	No Tiene	Lily Fonseles
Tatiana Cu	N/A	N/A	Sancarlos	CC	25742876	TYT	34	F	M	H	No	SPE	CR	3135799910	No Tiene	Tatiana Cu
ecteloat sierra	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26158966	MED	46	F	M	H	NO	SPE	CR	3238969911	No Tiene	Edelth Sierra
Teresa Cavadia	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071334845	PRI	48	F	M	H	No	SPE	CR	3194941073	No Tiene	Teresa Cavadia
nelly ta polo verl	N/A	N/A	Sancarlos	CC	34973034	PRI	65	F	M	H	No	SPE	CR	3142280525	No Tiene	Nelly Polo Verl
maria diaz	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1067943320	TYT	22	F	M	H	NO	SPE	CR	3135149822	No Tiene	MARIA DIAZ
sara loz marin	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1067985921	TYT	23	F	M	H	NO	SPE	CR	3147899091	No Tiene	Sara Loz Marin
Nerley Monte	N/A	N/A	Sancarlos	CC	50933433	PRI	43	F	M	H	No	SPE	CR	50933434	No Tiene	Estela Pineda M
estela Pineda M	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26164311	PRI	65	F	M	H	No	SPE	CR	26164511	No Tiene	Estela Pineda M
Zenaida Florez	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1067985921	PRI	21	F	M	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Zenaida Florez

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: (Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión)	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Tamizaje (VIH; Sífilis)	Jornada	12/06/2025	4:00pm	6:00pm	Comedero

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Ana jaramillo ramos	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26167703		40	F	M	H	No	SPE	CE	3122011585	No Tiene	Ana Jaramillo
ana milena · rivas ·	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071360178	SIN	39	F	M	H	NO	SPE	CE	3217943078	No Tiene	Ana milena Rivas
martha serpa	N/A	N/A	Sancarlos	CC	50925 32	PRI	60	F	M	H	No	SPE	CE	3107302460	No Tiene	Martha Serpa
ingris vergara	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26192215	SEC	49	F	M	H	NO	SPE	CE	3111921025	No Tiene	ingris
eleida peñate	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1003206863	SEC	35	F	M	H	NO	SPE	CE	3103825604	No Tiene	Eleida Peñate
Ana Greys Heredia	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071356054	SEC	31	F	M	H	NO	SPE	CE	3170316037	No Tiene	Ana Greys
raquel pacheco	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071355510	SEC	35	F	M	H	NO	SPE	CE	3147901848	NO Tiene	Raquel Pacheco
yuly ten	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26161686	SIN	51	F	M	H	NO	SPE	CE	5104219630	NO Tiene	yuly
Kelly argomedo	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26163370	PRI	60	F	M	H	NO	SPE	CE	No Tiene	No Tiene	Kelly Argomedo
luis alfanso ramos	N/A	N/A	Sancarlos	CC	80154347	SEC	44	M	H	H	NO	SPE	CE	3155308391	No Tiene	Luis Ramos
Semilda cuadrica	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26160875	PRI	56	F	M	H	NO	SPE	CE	3175796913	No Tiene	Zumilda
Juan carlos colina	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1115861110	SIN	30	M	H	H	NO	SPE	CE	3227281432	No Tiene	Juan Carlos

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad **PRI:** Primaria **SEC:** Secundaria **MED:** Media **TYT:** Técnico o Tecnológico **PRO:** Profesional **MAE:** Maestría **DOC:** Doctorado **POS:** Posdoctorado **MAS:** Maestro o Sabedor

Sexo: **M:** Masculino **F:** Femenino **I:** Intersexual
Género: **H:** Hombre **M:** Mujer **T:** Trans
Orientación sexual: **H:** Heterosexual **L:** Lesbiana **G:** Gay **B:** Bisexual **TG:** Transgénero **Q:** Queer **TS:** Transexual **+:** Otro **A:** Asexual

Tipo de documento: **CC:** Cédula **TI:** Tarjeta de identidad **CE:** Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva **FIS:** Física **INT:** Intelectual **VIS:** Visual **SCE:** Sordoceguera **PSI:** Psicosocial **MUL:** Múltiple

Grupo étnico: **N:** Negro **A:** Afrodescendiente **R:** Raizal **P:** Palenquero **IND:** Indígena **PMGI:** Población migrante irregular **PMGR:** Población migrante regular **ROM:** Pueblo Rrom **SPE:** Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: **CR:** Comunidad Rural; **CU:** Comunidad Urbana; **VICA:** Persona Víctima del Conflicto Armado; **PHCLL:** Persona Habitante de Calle; **PEP:** Persona en ejercicio de la prostitución; **PPL:** Persona Privada de la Libertad; **PEX:** Población Excombatiente; **MG:** Mujeres Gestantes; **CH:** Madres o padres Cabeza de Hogar

FORMATO DE RESULTADOS

PRUEBAS DE VIH Y SÍFILIS

ACTIVIDAD: Tamizaje. (VIH, Sífilis)

OBJETIVO: Realizar tamizaje VIH y Sífilis con enfoque preventivo.

DIA:	12	MES:	06	AÑO:	2025	TERRITORIO:	Lorica	MICROTERRITORIO:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			VIH		SÍFILIS		MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	SI	NO	
1	Sara Casas yanes.	CC	1193561305	3013873104	23	F	M								X	X				X		X	X		SaRagaRo Y.
2	Fernanda Gonzalez	CC	1065011358	3126583370	27	F	M								X	X				X		X	X		Fernanda G.
3	Lily Fonseles S.	CC	1103100269	3135279410	36	F	M								X	X				X		X	X		Lily Fonseles.
4	Tatiana cc	CC	25172876	3135279410	34	F	M								/	X				X		X	X		TATIANA
5	Eeliht Sierra	CC	26158966	3239160411	46	F	M								X	X				X		X	X		Eeliht Sierra
6	Teresa cavadia	CC	10735484	3199891013	48	F	M								X	X				X		X	X		Teresa Cavadia
7	nelly polo vertel	CC	34973034	3142280525	65	F	M								X	X				X		X	X		Nelly Polo
8	maria diaz	CC	1067973320	3113517822	22	F	M								X	X				X		X	X		MARIA D.
9	Sara Lu marin.	CC	1067985929	3147899101	23	F	M								X	X				X		X	X		Sara L M.
10	estela pineda.	CC	26164511	30939437	65	F	M								X	X				X		X	X		Estela P.

FORMATO DE RESULTADOS

PRUEBAS DE VIH Y SÍFILIS

pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

ACTIVIDAD: Tamizaje (VIH, Sífilis)

OBJETIVO : Realizar Tamizaje VIH y Sífilis con Enfoque Preventivo

DIA:	12	MES:	06	AÑO:	2025	TERRITORIO:	Jarretera	MICROTERRITORIO:	Rural

No.	NOMBRES Y APELLIDOS	IDENTIFICACIÓN		TELÉFONO	EDAD	SEXO	GENERO	TIPO DE POBLACIÓN								SGSSS			VIH		SÍFILIS		MATERIAL DE APOYO		FIRMA
		TIPO	NUMERO					GESTANTE	NARP	INDÍGENA	ROM	DISCAPCIDAD	VÍCTIMA	MIGRANTE	POBLACIÓN GENERAL	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTRO	POSITIVO	NEGATIVO	POSITIVO	NEGATIVO	SÍ	NO	
1	ana Jasamillo ramos	CC	26167703	3122011585	40	F	M								X	X				X		X	X		Ana Jasamillo.
2	ana milena rivas	CC	1071366178	3217443018	39	F	M								X	X				X		X	X		Ana Rivas
3	martha serpa	CC	107366078	3107402460	60	F	M								✓	X				X		X	X		Martha Serpa
4	Engris Vergara	CC	26192215	3111119210	49	F	M								✓	✓				X		X	X		Engris
5	eleida peñate	CC	1003206863	3103825604	35	F	M								X	✓				X		X	X		Eleida Peñate
6	ana grey Hernandez	CC	1071356054	3170316634	31	F	M								X	✓				X		X	X		Ana Greth
7	raquel pacheco	CC	1071355510	3147901848	35	F	M								✓	X				X		X	X		Raquel Pacheco
8	kelly Arrieta	CC	26161686	3104214630	61	F	M								✓	✓				X		X	X		Kelly Ar
9	keta argumedo	CC	26633401	Noriega	60	F	M								✓	X				X		X	X		
10	Luis alfonso ramos	CC	80154397	3155308394	44	M	H								✓	X				X		X	X		Luis Ramo

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo Tatiana Lozano

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: T. Tatiana

N° de Identificación: 25172176. de

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Teidis Vasquez Cardana

N° de Identificación: 30688916 de Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo edith sierra

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Edith Sierra

N° de Identificación: 26158966 de Sahagún

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Jairo Vasquez Cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cereté

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo Teresa calvodia

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Teresa Avila

N° de Identificación: 1071354784 de Sancarlo

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Leidis Vasquez cordona

N° de Identificación: 30688912 de Cereté

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo maria diaz

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: MARIA D.

N° de Identificación: 1067943320. de SAN CARLOS

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Leidis Vasques cardona

N° de Identificación: 30688912. de CERETE

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo nelly polo bertel

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Nelly Polo

N° de Identificación: 34745034 de Sahagún

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Jerdes Vasquez cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cereté

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo Sara Luz marin

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Sara M.

N° de Identificación: 1064985429 de Sahagún

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Leidis Vasques cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cereté

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo estela pineda

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Estela Pineda

N° de Identificación: 26C4514 de Sancarlos.

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Jesus vosque cardona

N° de Identificación: 30688912 de cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo ana jaramillo ramos

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Ana Jaramillo ramos

N° de Identificación: 26167203 de Sahagun

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Leidis vasquez cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo martha serpa

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: martha serpa

N° de Identificación: _____ de Sincelejo

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Jesus vasquez cardonas

N° de Identificación: 30698912 de Coveñas

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo ana milena rivas

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Ana Rivas

N° de Identificación: 1078366141 de Montelibano

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Isabel Vasquez Cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cereté

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo ingrs Vergara

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: ingris

N° de Identificación: 26192215 de Sahagun

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Leidis Vasquez cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo eldola penate

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Eldola Penate

N° de Identificación: 1003206863 de Sanclas

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Leidis vasques cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo ana gred hernandez
Certifico que; he leído (o se me ha leído) el documento sobre el consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Ana Gred Hernandez

N° de Identificación: 1071356054 de SAN CARLOS

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Laidis Vasques cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo raquel Pacheco

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Raquel Pacheco.

N° de Identificación: 1073551O de Sahagun

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Sandra Vasques cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo Kelly Arrieta

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [X] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Kelly Arrieta

N° de Identificación: 26161686 **de** Sahagun

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Isidro vasquez cardona

N° de Identificación: 30688912. **de** Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12-06-2025

Yo Keily arrumedo

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Keily arrumedo

N° de Identificación: 26633701 de Sancarlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Jesolis vasquez cardona

N° de Identificación: 30688912. de cere

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12/06/2025

Yo Luis Alfonso Ramos.
Certifico que; he leído (o se me ha leído) el documento sobre el consentimiento informado que contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Luis Ramos

N° de Identificación: 1015439 de Sancarlos

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Leidis Vasques Cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12/06/2025

Yo Sasay Sasay yanes

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: SaRayaran

N° de Identificación: 1193561305 de

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Jeiders Vasques cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cerete

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12/06/2025

Yo Fernanda Gonzalez

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Fernanda

N° de Identificación: 1065833470. de Sincelejo

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: leidis vasques cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cereté

Firma del profesional que realizó la asesoría

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIGANÓSTICO DE VIH Y SÍFILIS

FECHA: 12/06/2023

Yo Lily Fonseca S.

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

He recibido asesoría PRE-PRUEBA (actividad realizadà por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos, practicas y conductas antes de realizarme las pruebas diagnósticas)

También certifico que dicha persona me brindó asesoría y según su compromiso, de ella también recibiré una asesoría pos-prueba (procedimiento mediante el cual me entregan mis resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso.

Entiendo que la toma de muestras es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea tomado el examen.

Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger para proteger la confidencialidad de mis resultados.

De igual forma, certifico que los procedimientos que se realicen son de carácter voluntario y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que sea realizado el procedimiento.

ACEPTAR REALIZARSE EL PROCEDIMIENTO: SI [✓] **NO** [ ]

Nombre del Paciente: Lily Fonseca

N° de Identificación: 1103100259 de Sahagún.

Firma de la persona o mujer embarazada quien da el consentimiento

Nombre del Profesional: Leidis Vasques Cardona

N° de Identificación: 30688912 de Cereté.

Firma del profesional que realizó la asesoría

ACTIVIDAD No. 1.12

(Microterritorio Urbano)

Capacitación en AIEPI comunitario a madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales, la cual se desarrollará en cuatro talleres de dos horas de duración cada uno donde se socialicen las 18 prácticas clave según su agrupación:

- **Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño y la niña**
- **Para prevenir las enfermedades**
- **Para los cuidados en el hogar**
- **Para buscar atención fuera del hogar**

Mínimo 20 participantes

Nombre de la actividad:

Capacitación en AIEPI Comunitario para Madres, Padres, Cuidadores y Actores Sociales

Objetivo:

Capacitar a madres, padres, cuidadores, organizaciones de base comunitaria y actores locales en la estrategia AIEPI Comunitario, a través de la socialización de las 18 prácticas clave para el cuidado integral de la niñez menor de 5 años, fortaleciendo su rol en la prevención de enfermedades, el desarrollo infantil temprano y el acceso oportuno a servicios de salud.

Población intervenida:

Mínimo 20 personas entre madres, padres, cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, miembros de organizaciones de base comunitaria y actores locales del microterritorio Urbano.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	10-06-2025	Cuiva	24	15	9	0	0	1	0	16	7
2	20-06-2025	Cuiva	24	24	0	0	0	1	13	19	1
3											
TOTAL			24	39	9	0	0	1	13	35	8

Desarrollo de la actividad:

Se dio inicio a la capacitación con la bienvenida a todos los participantes y presentación del equipo PIC encargado de facilitar la charla. Continuamos con preguntas relacionadas a los temas a tratar para medir el conocimiento actual de los asistentes, posteriormente se desarrollaron los siguientes **cuatro (4) talleres presenciales** de **dos (2) horas de duración cada uno**, donde se abordaron las **18 prácticas clave de AIEPI Comunitario**, agrupadas en las siguientes categorías:

Taller 1: Buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño y la niña

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Alimentación complementaria adecuada desde los 6 meses y continuar la lactancia hasta los 2 años o más.
- Estimulación temprana y juego como parte del desarrollo del niño/a.
- Registro del crecimiento y desarrollo en controles periódicos.
- Registro civil de nacimiento y afiliación al sistema de salud.

Taller 2: Prevención de enfermedades

- Lavado de manos en momentos clave.
- Uso adecuado del agua (tratamiento y almacenamiento seguro).

- Vacunación completa según el esquema nacional.
- Uso de mosquiteros y prevención del dengue.
- Higiene del entorno (control de basuras, aguas estancadas, etc.).

Taller 3: Cuidados en el hogar

- Atención adecuada de la diarrea con uso de sales de rehidratación oral y líquidos caseros.
- Reconocimiento y manejo de signos leves de infecciones respiratorias.
- Cuidado especial durante enfermedades comunes (ofrecer líquidos, mantener alimentación).
- Uso adecuado de medicamentos según prescripción médica.

Taller 4: Búsqueda de atención fuera del hogar

- Reconocimiento de signos de alarma en niños y niñas.
- Cuándo acudir al centro de salud y cómo prepararse para la consulta.
- Participación activa de la familia en el seguimiento de tratamientos médicos.
- Apoyo comunitario para el traslado o acompañamiento en casos urgentes.

Requerimientos:

- Espacio físico adecuado para mínimo 20 personas.
- Facilitador/a capacitado/a en la estrategia AIEPI Comunitario (Enfermera)
- Rotafolio, en papel propalcote 200 grs, 10 hojas, full color, tamaño CARTA, impreso a dos caras, soporte en trípode en cartón maule, argollado doble. De AIEPI comunitario
- Papelógrafo
- Rollos de papel bond
- marcadores de diferentes colores
- Diseño, impresión de afiches full color. Impresos en papel propalcote de 300 gramos, Full color, tamaño 50 x 70 cm, a 1 cara. Para las familias con la semaforización de las prácticas clave

Conclusión:

La capacitación en AIEPI Comunitario fortalece las capacidades de las familias y la comunidad para actuar de forma informada y oportuna en el cuidado de los niños y niñas menores de 5 años. Al interiorizar las 18 prácticas clave, se promueve el crecimiento saludable, se previenen enfermedades y se mejora el acceso y uso adecuado de los servicios de salud, generando entornos protectores y saludables desde el hogar y la comunidad.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

CAPACITACIÓN No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Capacitación en AIEPI Comunitario para Madres, Padres, Cuidadores y Actores Sociales
LUGAR	Cuiva
FECHA	10-06-2025
POBLACION INTERVENIDA	Madres, Padres, Cuidadores.









Gobernación de Córdoba. NIT. 800103935-6
Palacio de Naín. Calle 27 No. 3 - 28 Montería, Córdoba
PBX. + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@corodoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA SUNT PER IESUM FACTA — GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 08 del mes Junio del año 2025 se reunieron Tatiana Lastre representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Miladys Diaz. representante de Comunidad de Coiva de la zona Rural del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Capacitación AIEPI Comunitario las Practicas clave Para el buen crecimiento y desarrollo fisico y mental del niño. Prevencion de enfermedades y cuidados en el hogar Atencion fuera del hogar	Atencion Primaria en Salud	10 de Junio 2025	Rotafolio. Papelografo. Papel bond. afiches full color	Enfermera auxiliar de enfermeria Enfermera auxiliar de enfermeria Enfermera auxiliar de enfermeria Enfermera y auxiar de enfermeria.	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Tatiana Lastre	Nombre:	Miladys Diaz
Cedula de ciudadanía:	1103096782 .	Cedula de ciudadanía:	20159328
Entidad:	E.S.E. Hosp. San Fco .	Entidad:	Comunidad de Coiva
Numero de contacto	3058322330	Numero de contacto	3205735442
Firma:	Tatiana Lastre	Firma:	Miladys Diaz

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Colva	Hora de Inicio: 2:00 pm
Fecha 10 Junio /2025	Hora de Finalización: 5:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

fortalecer los conocimientos y practicas de Padres y cuidadores sobre el manejo adecuado de las enfermedades prevalentes en la infancia, el cuidado integral del niño menor de 5 años en el hogar segun los lineamentos de la estrategia AIEPI comunitario.

Desarrollo de la Reunión

La reunion empezo a las con presentación y palabras de bienvenido por parte de la lic Tatiana Castro J. quien agradeció la asistencia a los participantes. Haciendo una breve presentación del objetivo de encuentro, destacando la importancia de la estrategia AIEPI en el cuidado integral de los niños menores de 5 años. Posteriormente, se abordaron los temas programados, utilizando una presentación visual y lenguaje sencillo para facilitar la comprensión. Se explicaron los signos de alarma más frecuentes en los niños (fiebre persistente, dificultad para respirar deshidratación etc.), asi como las acciones que los cuidadores deben tomar en casa y cuando acudir al centro de salud. Importancia de la vacunación, higiene, alimentacion saludable y lactancia materna exclusiva durante los 6 meses, estimulacion temprana, juego y comunicación.
Durante la sesion se realizaron ejercicios practicos de identificación de sintomas mediante dinamicas grupales, además compartimos información sobre el uso de sales de rehidratación oral.
se entregaron carteleras infoimativas y se enfatizo en el rol clave de los cuidadores en la detección temprana de enfermedades.

Conclusiones

los participantes mostraron gran interes, compartiendo experiencias personales y realizaron preguntas relacionadas con el manejo de la fiebre, diarrea y alimentación complementaria.

Recomendaciones

Responsables de la Actividad

Tatiana Castro
1103962787

#1.

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Meladys Diaz, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26159328, en Representación del la Comunidad de Cuiva, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Capacitación AIEPI comunitaria, dirigido a Padres - Madres y Cuidadores de niños menores de 5 años., en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos a los 10 días del mes de Junio del 2025.

FIRMA: Méladys Díaz

CEDULA DE CIUDADANÍA: 26159328

CELULAR: 3205735492

	FORMATO	CÓDIGO: GP-PR-F-18
	LISTADO DE ASISTENCIA GENERAL	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y DE LA INFORMACIÓN DEL SIG	FECHA: 12/07/2024
		PÁGINA 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA	TEMA	TIPO DE EVENTO	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	LUGAR
CRUE	Capacitación en AIEPI	Capacitación	10.06.2025	2:00pm	5:00pm	Cueva

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	BARRIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Eliza Ariza	No Tiene	No Tiene	San Carlos	CC	26160897	4°	55	F	M	H	NO	NO	NO	3147505415	No tiene	Eliza Ariza
Melodys Ruiz	No Tiene	No Tiene	San Carlos	CC	36159328	Tecnico	65	F	M	H	No	NO	No	3205735442	No tiene	Melodys Ruiz
Aydeliza Martinez	No Tiene	No Tiene	San Carlos	CC	30568132	11°	59	F	M	H	NO	NO	NO	No tiene	No tiene	
Jenifer padilla	No Tiene	No Tiene	San Carlos	CC	1064994505	11°	16	F	M	H	no	no	no	3237698104	No tiene	Jenifer P. P.
Paola Sara Rivas	No Tiene	No Tiene	San Carlos	CC	1071353832	5°	36	F	M	H	no	no	no	3205281846	No tiene	Paola Sara Rivas
Nailyluz Ramos	No Tiene	No Tiene	San Carlos	CC	1003588113	3°	39	F	M	H	no	no	no	3122117336	No tiene	Nailyluz
Clara Rivas Ariza	No Tiene	No Tiene	San Carlos	CC	1071355186	11°	21	F	M	H	NO	NO	NO	3125816304	No tiene	Clara Rivas Ariza
Yuleta Ariza	No Tiene	No Tiene	San Carlos	CC	1010037248	5°	38	F	M	H	NO	NO	NO	3161431480	No tiene	Yuleta Ariza
[illegible]	No Tiene	No Tiene	San Carlos	CC	50955535	6°	60	F	M	H	no	no	no	3226260	No tiene	[illegible]
Fenix Hernandez	No Tiene	No Tiene	San Carlos	CC	26163044	4°	45	F	M	H	NO	NO	NO	No tiene	No tiene	Fenix Hernandez
Maria Mejia	No Tiene	No Tiene	San Carlos	CC	26158902		55	N	M	H	NO	NO	NO	No tiene	No tiene	Maria Mejia
Delsy Sanchez	No Tiene	No Tiene	San Carlos	CC	26161903		49	F	M	H	NO	NO	NO	3127959071	No tiene	Delsy Sanchez

Nivel Académico: Sin: Sin nivel de escolaridad; Pri: Primaria; Sec: Secundaria; Med: Media; Y.T: Técnico o Tecnológico; Pro: Profesional; Mae: Maestría; Doc: Doctorado; Pos: Posdoctorado; Ana: Analfabeta o Sabedor

Sexo: M: Masculino; F: Femenino; I: Intersexual
Genero: N: Hombre; M: Mujer; T: Trans; Orientación Sexual: H: Heterosexual; L: Lesbiana; G: Gay; B: Bisexual; Q: Queer; Tr: Transexual; Otro: Cuál?

Tipo de documento: CC: Cédula; TI: Tarjeta de Identidad; CE: Cédula de extranjería; Pasaporte; Registro de nacimiento; AUD: Auditivo; FIS: Física; INT: Intelectual; VIS: Visual; CEL: Sordoceguera; PSI: Psicosocial; Otra: Cuál?

Grupo Etnico: N: Negro; A: Afrodescendiente; Mestizo; R: Raizal; P: Palenquero; NOA: Indígena; Flotante; Población migrante irregular; PMIR: Población migrante regular; ROM: Pueblo Rrom; Sin: Sin pertenencia étnica

Otras condiciones: Cic: Comunidad Civil; Cub: Comunidad Urbana; VMG: Persona Víctima del Conflicto Armado; CAD: Persona Habitante de Calle; PSP: Persona en ejercicio de la prostitución; PCL: Persona Privada de la Libertad; PSC: Población Reconstruyendo; Muj: Mujeres Gestantes; Cab: Cuidadores o padres Cabeza de Hogar

GOBERNACIÓN

FORMATO

LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO

PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG

CÓDIGO: GMP-PLAFE

VERSIÓN: 01

FECHA: 12/06/2024

PÁGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Capacitación en AIEPI	Capacitacion	10.06.2025	2:00 pm	5:00pm	Cuiva

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Luis Espitia	No Pre	No Pre	SAN CARLOS	CC	78020734	11	60	M	H	H	NO	NO	NO	No tiene	No tiene	
Yuseleny	No Pre	No Pre	SAN CARLOS	CC	26161981	2°	537	M	H	H	NO	NO	NO	No tiene	No tiene	Yuseleny
Luisa Maria Ortiz Anza	No Pre	No Pre	SAN CARLOS	CC	1002589052	11	35	F	M	H	NO	NO	NO	3205344694	No tiene	Luisa Maria Ortiz Anza
Jairo Ariza R	No Pre	No Pre	SAN CARLOS	CC	11155683	Tec	43	M	H	H	NO	NO	NO	3217780408	No tiene	Jairo Ariza R
EUGENIA ARIZA	No Pre	No Pre	SAN CARLOS	CC	1071353694		34	F	M	H	NO	NO	NO	3136635559	No tiene	EUGENIA ARIZA
JAIRO OCHOA	No Pre	No Pre	SAN CARLOS	CC	1115 1594	P	62	M	H	H	NO	NO	NO	3113510467	No tiene	JAIRO OCHOA
ROBI HERNANDEZ	No Pre	No Pre	SAN CARLOS	CC	1115040024		55	M	H	H	NO	NO	NO	No tiene	No tiene	ROBI HERNANDEZ
Juan ARIZA	No Pre	No Pre	SAN CARLOS	CC	1115115075		45	M	H	H	NO	NO	NO	3132879898		Juan ARIZA
Joaquin Lopez	No Pre	No Pre	SAN CARLOS	CC	78015584		63	M	H	H	NO	NO	NO	3170330018	No tiene	Joaquin Lopez
Gustavo Hernandez	No Pre	No Pre	SAN CARLOS	CC	1064991416		56	M	H	H	NO	NO	NO	3206905346	No tiene	Gustavo Hernandez
Saudra Gonzalez	No Pre	No Pre	SAN CARLOS	CC	30685419		42	F	M	H	NO	NO	NO	3127456907	No tiene	Saudra Gonzalez
JULIO ARIZA	No Pre	No Pre	SAN CARLOS	CC	1115 60682		53	M	H	H	NO	NO	NO	3217054337	No tiene	JULIO ARIZA

Nivel de escolaridad: SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PROF: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer TS: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual YG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad: AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SOR: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena ROM: Población migrante itinerante RMR: Población migrante regular RAIS: Pueblo Rrom SPR: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones: CO: Comunidad Rural CUI: Comunidad Urbana CONF: Persona del Conflicto ARMADO: Persona HABITANTE de CALLE PPL: Persona en ejercicio de la privación de la LIBERTAD PPLL: Persona privada de la Libertad; MAD: Madre Cabeza de Familia; NNA: Niños, Niñas y Adolescentes; GES: Gestante; LAC: Lactante; PAD: Padres

CAPACITACIÓN No. 2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Capacitación en AIEPI Comunitario para Madres, Padres, Cuidadores y Actores Sociales
LUGAR	Cuiva
FECHA	20-06-2025
POBLACIÓN INTERVENIDA	Madres, Padres, Cuidadores.









1.12.

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA SUNT PER IESUM FACTA — GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 18 del mes Junio del año 2025 se reunieron Tatiana Fastre Jumaba representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Diana Gomez representante de Comunidad Cuiva de la zona Urbana del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
capacitacion AIEPI comunitario. . 18 practicas claves para el buencrecimiento y Desarrollo fisico y mental del niño(a). Prevencion de enfermedades y cuidados en el Hogar. Atencion Fuera del hogar.	Atencion Primaria en Salud.	20 Junio 2025	Rota folio Papel propalcote full color, soporte Tripode. encuadernacion manual argollado. DE AIEPI Papelografo Papel bond. marcadores 4 Fichas full color con la semaforizacion de las practicas claves. - Refrigerio	enfermera auxiliar de enfermeria	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Tatiana Fastre	Nombre:	Diana Gomez N.
Cedula de ciudadanía:	1193096787	Cedula de ciudadanía:	26.160.257
Entidad:	ESE Hosp. San Fco.	Entidad:	Com. de Cuiva.
Numero de contacto	3058322330	Numero de contacto	3126918689
Firma:	Tatiana Fastre	Firma:	Diana Gomez N

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Comunidad Cerva	Hora de Inicio: 10:00 am
Fecha 20 de Junio /2025	Hora de Finalización: 12:00 pm

Objetivo(s) de la Reunión

Brindar herramientas practicas a los Padres y cuidadores para la atención adecuada de las enfermedades prevalentes de la infancia en el entorno familiar, siguiendo los lineamientos de la estrategia AIEPI Comunitaria.

Desarrollo de la Reunión

Se inició con la bienvenida y presentación del grupo. Se trataron Temas como la importancia de la estrategia AIEPI, enfermedades mas comunes en la infancia. Signos de alarma, cuidados en casa. Para la fiebre, tos, diarrea, deshidratación. Se contó con la participación activa de los asistentes. Tambien se Hablo sobre la importancia de la vacunación, higiene y nutrición, la importancia de la lactancia materna y alimentación complementaria.
con la ayuda de carteles y recursos visuales, ROTAFOLIO, se brindo una explicación completa sobre los temas.

se resolvieron preguntas dando respuestas claras y comprensibles.
Se realiza entrega de Afiches con la semaforización de las Practicas claves.

Conclusiones

la Jornada Fue Satisfactoria y Permitió empoderar a los cuidadores con conocimientos básicos que contribuyen al bienestar de los niños, Se evidenció el interes de la comunidad en recibir Orientación continua.

Recomendaciones

Se recomienda contar con un rotafolio mas amplio. Para lograr mayor visibilidad abs asistentes.

Responsables de la Actividad

Katiuska Bastidas
1103961857

Diana Gomez N
C.C. 26160.252
Cel: 3126918689.

1.12 AIEPI #2

OK

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Diana Gómez N., identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 26.160.252, en Representación del La Comunidad de Coiva., certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó capacitación AIEPI Comunitario a madres, padres y cuidadores de niños(as) menores de 5 años.,
en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en Coiva a los 20 días del mes de Junio del 2025.

FIRMA: Diana Gómez N.

CEDULA DE CIUDADANÍA: 26.160.252.

CELULAR: 3126918689

FORMATO

LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO

PROCESO DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD CIUDADANA Y EL ORDEN PÚBLICO

CÓDIGO: GPA-F-015

VERSIÓN: 01

FECHA: 12/05/2025

CATEGORÍA: 3

UNIDAD / SUBSECCIONAL	TEMA	LUGAR DE REUNIÓN	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	LUGAR
CRUE	A.I EPI	Charla	20-06-2025	10:00am	12:00m	CUIVA

1 NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	GRADO ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	AUTORRECONOCIMIENTO ÉTNICO	CONDICIÓN DISCAPACIDAD	GRUPO SANGUÍNEO	FACTOR	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Katherine Barrera	No Rep	Lideresa	San Carlos	CC	1071351111	B	36	F	M	H	NO	Sp	Co	3136504585	No tiene	Katherine Barrera
Karol Gonzalez	No Rep	No Rep	San Carlos	CC	1003590735	T	28	F	M	H	NO	Sp	Co	3233483342	No tiene	Karol Gonzalez
Maria Taboada	No Rep	No Rep	San Carlos	CC	1077348923	B	20	F	M	H	NO	Sp	Co	3024760371	No tiene	Maria Taboada
Maria Ignacia Gonzalez	No Rep	No Rep	San Carlos	CC	1.100.551.063		27	F	M	H	NO	Sp	Co	3226724966	No tiene	Maria Ignacia
EVA RAMOS	No Rep	No Rep	San Carlos	CC	1071351356	B	19	F	M	H	NO	Sp	Co	3117949043	No tiene	EVA RAMOS
ANGIE ARROYO	No Rep	No Rep	San Carlos	CC	1071357238	9	28	F	M	H	NO	Sp	Co	3235984941	No tiene	Angie Arroyo
Sandy Pino	No Rep	No Rep	San Carlos	CC	1003447874	[illegible]	32	F	M	H	NO	Sp	Co	3217072993	No tiene	
FIDELIA NEGRETE	No Rep	No Rep	San Carlos	CC	1071352388	B	17	F	M	H	NO	Sp	Co	3116361293	No tiene	Fidelia Negrete
Blanca Medellin	No Rep	No Rep	San Carlos	CC	26160014	B	60	F	M	H	NO	Sp	Co	3127929230	No tiene	Blanca Medellin
Rosalba Muñoz	No Rep	No Rep	San Carlos	CC	26159113	[illegible]	96	F	M	H	NO	Sp	Co	3022462095	No tiene	Rosalba Muñoz
Kelly Perez A	No Rep	No Rep	San Carlos	CC	26160381	Tec	56	F	M	H	NO	Sp	Co	3205477490	No tiene	Kelly Perez A
Diana Gomez N.	No Rep	No Rep	San Carlos	CC	26160252	Pro	57	F	M	H	NO	Sp	Co	3126918689	No tiene	Diana Gomez N.

Nivel de escolaridad: Bás. Básica Primaria Bac: Bachillerato Sec: Básica Secundaria Tec: Técnico o Tecnológico Pro: Profesional Mae: Maestría Doc: Doctorado Pos: Posdoctorado No-Si: Ninguno o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual

Género: H: Hombre Mu: Mujer T: Trans Otro Sexo/Género: He: Homosexual Le: Lesbiana G: Gay B: Bisexual Tra: Transgénero Q: Queer Ts: Transexual O: Otro As: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de extranjería

Condición de discapacidad: Aud: Auditiva Fis: Física Int: Intelectual Vis: Visual Sor: Sordoceguera Psi: Psicosocial Mul: Múltiple

Grupo Étnico: N: Negro Af: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero Ind: Indígena Pobl: Población migrante irregular Si reg: Población migrante regular Ning: Ninguno Otro: Si: Sin pertenencia étnica

Otros grupos poblacionales: Com: Comunidad Rural; Cub: Comunidad Urbana; Vic: Víctima Persona Víctima del Conflicto Armado; Pri: Privada Persona Habitante de Calle; Pen: Persona en ejercicio de la prostitución; Per: Persona Privada de la Libertad; Pob: Población Excombatiente; Mu: Mujeres; G: Gestantes; Ni: Niñas, Niños o adolescentes Cabeza de Hogar

DEPENDENCIA / DIRECCIÓN	TEMA	TIPO DE EVENTO	FECHA	HORA INICIO	HORA FIN	LUGAR
CRUE	AIEPI	Charla	20.06.2025	10:00am	12:00m	Cuna.

NOMBRES Y APELLIDOS	ESTUDIOS / OCUPACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GÉNERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
															No tiene	
Yulisa Sanchez	No Trae	No Trae	SAN CARLOS	CC	1071350190	9	19	F	M	H	No	SPE	CO	No Refiere	No tiene	Yulisa sanchez
Kendy P. Rivas G.	No Trae	No Trae	SAN CARLOS	CC	1003591213	TC	26	F	M	H	NO	SPE	CO	No Refiere	No tiene	Kendy Rivas G.
Luz Andrea Romero.	No Trae	No Trae	SAN CARLOS	CC	1071359743	TC	26	F	M	H	NO	SPE	CO	No Refiere	No tiene	Luz Romero
Rocio Isabel Gonzalez P.	No Trae	No Trae	SAN CARLOS	CC	1071357829	P	27	F	M	H	NO	SPE	CO	No Refiere	No tiene	RocioGonzalezP.
NATALIA PINTO	No Trae	No Trae	SAN CARLOS	CC	1067856668	11°	21	F	M	H	NO	SPE	CO	No Refiere	No tiene	Natalia Pinto.
YINA MARCELA IBAÑEZ	No Trae	No Trae	SAN CARLOS	CC	1003589717	11°	22	F	M	H	NO	SPE	CO	No Refiere	No tiene	Marcela Ibañez C.
YANELA RAMOS	Con Trae	No Trae	SAN CARLOS	CC	1071348335	11°	21	F	M	H	NO	SPE	CO	3222223421	No tiene	Yanela Ramos
Maria Simanca E	No Trae	No Trae	SAN CARLOS	CC	1003591931	CC	80	F	M	H	NO	SPE	CO	3017150076	No tiene	Maria Simanca
CIRA AGRESOT	No Trae	No Trae	SAN CARLOS	CC	1070817090	TC	32	F	M	H	NO	SPE	CO	No Refiere	No tiene	CIRA AGRESOT
Marisol Arrieta Urzola	No Trae	No Trae	SAN CARLOS	CC	1071353073	11	34	F	M	H	NO	SPE	CO	No Refiere	No tiene	Marisol A U.
Maria José Hernandez	No Trae	No Trae	SAN CARLOS	CC	1003034560	11	23	F	M	H	NO	SPE	CO	No Refiere	No tiene	MariaJosé H.
Karin G. Perez Y.	No Trae	No Trae	SAN CARLOS	CC	1071386 7891		29	F	M	H	NO	SPE	CO	No Refiere	No tiene	Karin Perez

Nivel de escolaridad: SNE: Sin nivel de escolaridad; P: Primaria; SEC: Secundaria; MED: Media; T/TL: Técnico o Tecnológico; PROF: Profesional; MAG: Magíster; DOC: Doctorado; ESP: Especialización; MAG: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino; F: Femenino; I: Intersexual
Género: H: Hombre; M: Mujer; T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual; L: Lesbiana; G: Gay; B: Bisexual; TG: Transgénero; Q: Queer; TS: Transexual; +: Otro; A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula; TI: Tarjeta de Identidad; CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad: AUD: Auditiva; FIS: Física; INT: Intelectual; VIS: Visual; SCE: Sordoceguera; PSI: Psicosocial; MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro; A: Afrodescendiente; R: Raizal; P: Palenquero; IND: Indígena; PMR: Población migrante regular; PMI: Población migrante irregular; RR: Pueblo Rrom; SPE: Sin pertenencia étnica

Otras condiciones: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VCA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PSC: Persona en Situación de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PE: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

ACTIVIDAD No. 1.13

(Microterritorio Rural)

Capacitación en AIEPI comunitario a madres, padres y cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, organizaciones de base comunitaria, actores locales, la cual se desarrollará en cuatro talleres de dos horas de duración cada uno donde se socialicen las 18 prácticas clave según su agrupación:

Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño y la niña

- **Para prevenir las enfermedades**
- **Para los cuidados en el hogar**
- **Para buscar atención fuera del hogar**

Mínimo 20 participantes

Nombre de la actividad:

Capacitación en AIEPI Comunitario para Madres, Padres, Cuidadores y Actores Sociales

Objetivo:

Capacitar a madres, padres, cuidadores, organizaciones de base comunitaria y actores locales en la estrategia AIEPI Comunitario, a través de la socialización de las 18 prácticas clave para el cuidado integral de la niñez menor de 5 años, fortaleciendo su rol en la prevención de enfermedades, el desarrollo infantil temprano y el acceso oportuno a servicios de salud.

Población intervenida:

Mínimo 20 personas entre madres, padres, cuidadores de niños y niñas menores de 5 años, miembros de organizaciones de base comunitaria y actores locales del microterritorio Rural.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	13-05-2025	Flecha	20	20	0	0	0	0	4	14	2
2	21-05-2025	Flecha	20	20	0	0	0	0	4	14	2
3	29-05-2025	Flecha	20	20	0	0	0	0	4	14	2
4	07-06-2025	Flecha	20	20	0	0	0	0	4	14	2
TOTAL			20	20	0	0	0	0	4	14	2

Desarrollo de la actividad:

Se dio inicio a la capacitación con la bienvenida a todos los participantes y presentación del equipo PIC encargado de facilitar la charla. Continuamos con preguntas relacionadas a los temas a tratar para medir el conocimiento actual de los asistentes, posteriormente se desarrollaron los siguientes **cuatro (4) talleres presenciales** de **dos (2) horas de duración cada uno**, donde se abordaron las **18 prácticas clave de AIEPI Comunitario**, agrupadas en las siguientes categorías:

Taller 1: Buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño y la niña

- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- Alimentación complementaria adecuada desde los 6 meses y continuar la lactancia hasta los 2 años o más.
- Estimulación temprana y juego como parte del desarrollo del niño/a.
- Registro del crecimiento y desarrollo en controles periódicos.
- Registro civil de nacimiento y afiliación al sistema de salud.

Taller 2: Prevención de enfermedades

- Lavado de manos en momentos clave.
- Uso adecuado del agua (tratamiento y almacenamiento seguro).
- Vacunación completa según el esquema nacional.
- Uso de mosquiteros y prevención del dengue.
- Higiene del entorno (control de basuras, aguas estancadas, etc.).

Taller 3: Cuidados en el hogar

- Atención adecuada de la diarrea con uso de sales de rehidratación oral y líquidos caseros.
- Reconocimiento y manejo de signos leves de infecciones respiratorias.
- Cuidado especial durante enfermedades comunes (ofrecer líquidos, mantener alimentación).
- Uso adecuado de medicamentos según prescripción médica.

Taller 4: Búsqueda de atención fuera del hogar

- Reconocimiento de signos de alarma en niños y niñas.
- Cuándo acudir al centro de salud y cómo prepararse para la consulta.
- Participación activa de la familia en el seguimiento de tratamientos médicos.
- Apoyo comunitario para el traslado o acompañamiento en casos urgentes.

Requerimientos:

- Espacio físico adecuado para mínimo 20 personas.
- Facilitador/a capacitado/a en la estrategia AIEPI Comunitario (Enfermera)
- Rotafolio, en papel propalcote 200 grs, 10 hojas, full color, tamaño CARTA, impreso a dos caras, soporte en trípode en cartón maule, argollado doble. De AIEPI comunitario
- Papelógrafo
- Rollos de papel bond
- marcadores de diferentes colores
- Diseño, impresión de afiches full color. Impresos en papel propalcote de 300 gramos, Full color, tamaño 50 x 70 cm, a 1 cara. Para las familias con la semaforización de las prácticas clave

Conclusión:

La capacitación en AIEPI Comunitario fortalece las capacidades de las familias y la comunidad para actuar de forma informada y oportuna en el cuidado de los niños y niñas menores de 5 años. Al interiorizar las 18 prácticas clave, se promueve el crecimiento saludable, se previenen enfermedades y se mejora el acceso y uso adecuado de los servicios de salud, generando entornos protectores y saludables desde el hogar y la comunidad.

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

CAPACITACIÓN No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Capacitación en AIEPI Comunitario para Madres, Padres, Cuidadores y Actores Sociales
LUGAR	Flecha
FECHA	13-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Madres, Padres, Cuidadores







GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Plaza	Hora de Inicio: 1:00 PM
Fecha 13/05/2023	Hora de Finalización: 3:00 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar capacitacion en AIEPI con madres, padres cuidadores de niños y ninas, sobre el Buen crecimiento y desarrollo fisico y mental de niño y niña

Desarrollo de la Reunión

Hora de llegada
- Presentacion del grupo de trabajo
- Presentacion de los temas a trabajar
- Expocion de tema a los participantes
- preguntas y respuestas.
- Uso de papel bond con marcadores y Rotafolio.
- preguntas y respuestas.
- agradecimientos y despedidas.

.

Conclusiones

Participacion con el papel Bond
Buena dinamica para mejor entendimiento del tema.

Recomendaciones

Responsables de la Actividad

Leidy Vasquez
enfermera

E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO – DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA SUNT PER IESUM FACTA – GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 12 del mes 05 del año 2025 se reunieron Leidis Vasques C. representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Liz Tatiana Arad. representante de Flecha. de la zona rural del municipio de Sancarlos. con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Desarrollar capacitacion de AIEPI a madres padres, cuidadores de niños q niñas - la cual se desarrollara en 4 talleres - donde se socialice las 18 practicas clave - prevenir enfermedades - cuidados en Hogar - Buscar atencion fuera del Hogar.	Atencion Primaria en salud	13/05/2025	- Rotafolio - papelografo - papel bond - marcadores - afiches semaforizacion.	enfermera.	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Liz tatiana arad H.	Nombre:	Leidis Vasques C
Cedula de ciudadanía:	1140948373	Cedula de ciudadanía:	30688912
Entidad:	Flecha	Entidad:	ESE San Francisco
Numero de contacto	3113517822	Numero de contacto	3234561858
Firma:		Firma:	

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Leidiana Arias, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1140893713, en Representación del Plecha., certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó capacitacion de AIEPI para el buen crecimiento y desarrollo fisico y Mental del niño y la niña,
en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San carlos a los 13 días del mes de 05 del 2025.

FIRMA: Leidiana Arias M.

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1140893713

CELULAR: 3113317822

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: (Capacitación, Asistencia técnica, Otra)	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	AIEPI	CAPACITACION	13/05/2024	1:00 pm	3:00	Ficha

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
maria mas	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1003000582	PRI	28	F	M	H	No	SPE	CR	3136307577	No Tiene	maria mas
elvia PAEZ	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1003407822	SEC	31	F	M	H	NO	SPE	CR	3235068342	No Tiene	Elvia Paez
marisol pretel ramirez	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1067732859	SEC	32	F	M	H	No	SPE	CR	3113944609	No Tiene	marisol pretel R
Lorena perez	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071354152	PRI	33	F	M	H	No	SPE	CR	3135622263	No Tiene	Lorena Perez
Luisa jaramillo	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1115612600	SEC	43	F	M	H	NO	SPE	CR	3215971220	No Tiene	LUISA JARAMILLO
Kelly perez A	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26160381	SEC	56	F	M	H	NO	SPE	CR	3205147440	NO TIENE	KELLY PEREZ A.
diana Gomez N.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26160252.	SEC	57	F	M	H	NO	SPE	CR	3126918689	NO Tiene	Diana Gomez N.
mirleidis montes.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	50934 37	PRI	43	F	M	H	No	SPE	CR	3235409851	NO TIENE	Mirleis M M
estela pineda M.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26164511	PRI	65	F	M	H	NO	SPE	CR	3237305602	NO TIENE	Estela Pineda M.
maty Benavides.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26163770	NED	41	F	M	H	No	SPE	CR	3017968824	NO TIENE	MATY I BENAVIDES
maria ignacia	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1100551003	NED	27	F	M	H	NO	SPE	CR	3226724906	NO TIENE	Maria Ignacia
katerine barrera	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071351111	NED	36	F	M	H	NO	SPE	CR	3136804505	NO TIENE	Katherine Barrera

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad **PRI:** Primaria **SEC:** Secundaria **MED:** Media **TYT:** Técnico o Tecnológico **PRO:** Profesional **MAE:** Maestría **DOC:** Doctorado **POS:** Posdoctorado **MAS:** Maestro o Sabedor

Sexo: **M:** Masculino **F:** Femenino **I:** Intersexual
Género: **H:** Hombre **M:** Mujer **T:** Trans
Orientación sexual: **H:** Heterosexual **L:** Lesbiana **G:** Gay **B:** Bisexual **TG:** Transgénero **Q:** Queer **TS:** Transexual **+:** Otro **A:** Asexual

Tipo de documento: **CC:** Cédula **TI:** Tarjeta de identidad **CE:** Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva **FIS:** Física **INT:** Intelectual **VIS:** Visual **SCE:** Sordoceguera **PSI:** Psicosocial **MUL:** Múltiple

Grupo étnico: **N:** Negro **A:** Afrodescendiente **R:** Raizal **P:** Palenquero **IND:** Indígena **PMGI:** Población migrante irregular **PMGR:** Población migrante regular **ROM:** Pueblo Rrom **SPE:** Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: **CR:** Comunidad Rural; **CU:** Comunidad Urbana; **VICA:** Persona Víctima del Conflicto Armado; **PHCLL:** Persona Habitante de Calle; **PEP:** Persona en ejercicio de la prostitución; **PPL:** Persona Privada de la Libertad; **PEX:** Población Excombatiente; **MG:** Mujeres Gestantes; **CH:** Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA : 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: (Capacitación, Asistencia técnica, Asesoría, Auditoría)	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
Cruz	AIEPI	Capacitación	13-05-25	1:00 PM	3:00	FECHA.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACION SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
dayana perez	N/A	N/A	Sancarlos	cc	1062910887	PRI	33	F	M	H	NO	SR	CE	3216208752	NO	Dayana Perez Veer
teresa cavadia	N/A	N/A	Sancarlos	cc	20713548 45	PRI	48	F	M	H	NO	SR	CE	3194841613	NO	
tatiana vple·t·	N/A	N/A	Sancarlos	a	25772836	MED	37	F	M	H	NO	SR	CE	3135279910	NO	TVlestR
Blanca medellin	N/A	N/A	Sancarlos	a	26160014	MED	60	F	M	H	NO	SR	CE	3127929280	NO	Blanca Medellin
fernanda Gomez	N/A	N/A	Sancarlos	cc	1065011358	MED	24	F	M	H	NO	SR	CE	3013873102	NO	Fernanda Gonzalez
edith sierra M	N/A	N/A	Sancarlos	cc	26168966	SIN	45	F	M	H	NO	SR	CE	3232896991	NO	Edith Sierra M
Luz-tatiana Arias Monks	N/A	N/A	Sancarlos	a	1140893873	PRO	27	F	M	H	NO	SR	CE	3013840485	NO	Luz Tatiana Arias M
anayka padron	N/A	N/A	Sancarlos	cc	1044100 23	TEC	29	F	M	H	NO	SPE	CE	3145231777	NO	Anayka T

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad **PRI:** Primaria **SEC:** Secundaria **MED:** Media **TYT:** Técnico o Tecnológico **PRO:** Profesional **MAE:** Maestría **DOC:** Doctorado **POS:** Posdoctorado **MAS:** Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

CAPACITACIÓN No. 2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Capacitación en AIEPI Comunitario para Madres, Padres, Cuidadores y Actores Sociales
LUGAR	Flecha
FECHA	21-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Madres, Padres, Cuidadores







GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: FECHA	Hora de Inicio: 3:00 PM
Fecha 21-05-2025	Hora de Finalización: 5:00 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar capacitacion a madres y padres. donde se socialicen la practicas para el buen crecimiento y desarrollo fisico y mental de los niños

Desarrollo de la Reunión

Hora de llegada al encuentro.

* presentacion del grupo de trabajo.
* presentacion del tema a tratar
* socializacion con preguntas y respuesta sobre el tema
* toma de evidencias
* agradecimiento y despedida.

Conclusiones

muy buena participacion de todos las personas

Recomendaciones

Responsables de la Actividad

Jeedu Vasquez C.
enfermera.

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUS	AIEPI	Capacitación, Asistencia técnica, Sensibilización	21/06/2025	8:00 AM	5:00 PM	FLECHAS

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
anayka padro	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1044100013	TYT	29	F	M	H	NO	SPE	CE	3145233777	NO TIEP	
luz tatiana arias	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1140838873	PRO	29	F	M	H	NO	SPE	CE	3013840485	No Tiep	
edith sierra m.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26158966	SIN	45	F	M	H	NO	SPE	CR	3232896991	NO TIEP	
fernanda Gomez	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1065011358	MED	24	F	M	H	NO	SPE	CE	3013778102	NO TIEP	
Blanca medellin	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26160014	MED	60	F	M	H	NO	SPE	CE	3127924230	NO TIEP	
tatiana cappet	N/A	N/A	Sancarlos	CC	25772836	PRI	37	F	M	H	NO	SPE	CR	3135279910	No Tiep	
teresa cavadia	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26735845	PRI	48	F	M	H	NO	SPE	CE	3194941613	NO TIEP	
dayana perez	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1062908877	PRI	33	F	M	H	NO	SPE	CE	3216209752	NO TIEP	
Katerine Barrera	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071351111	MED	36	F	M	H	NO	SPE	CE	3136104503	NO TIEP	
maria ignacia	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1100516603	SIN	24	F	M	H	NO	SPE	CR	3226721906	NO TIEN	
mateo Benavides	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26163770	MED	41	F	M	H	NO	SPE	CE	3017968824	NO TIEP	
Estela Pineda M	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26164511	PRI	65	F	M	H	NO	SPE	CR	3232305602	No Tiep.	

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad **PRI:** Primaria **SEC:** Secundaria **MED:** Media **TYT:** Técnico o Tecnológico **PRO:** Profesional **MAE:** Maestría **DOC:** Doctorado **POS:** Posdoctorado **MAS:** Maestro o Sabedor

Sexo: **M:** Masculino **F:** Femenino **I:** Intersexual
Género: **H:** Hombre **M:** Mujer **T:** Trans
Orientación sexual: **H:** Heterosexual **L:** Lesbiana **G:** Gay **B:** Bisexual **TG:** Transgénero **Q:** Queer **TS:** Transexual **+:** Otro **A:** Asexual

Tipo de documento: **CC:** Cédula **TI:** Tarjeta de identidad **CE:** Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva **FIS:** Física **INT:** Intelectual **VIS:** Visual **SCE:** Sordoceguera **PSI:** Psicosocial **MUL:** Múltiple

Grupo étnico: **N:** Negro **A:** Afrodescendiente **R:** Raizal **P:** Palenquero **IND:** Indígena **PMGI:** Población migrante irregular **PMGR:** Población migrante regular **ROM:** Pueblo Rrom **SPE:** Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: **CR:** Comunidad Rural; **CU:** Comunidad Urbana; **VICA:** Persona Víctima del Conflicto Armado; **PHCLL:** Persona Habitante de Calle; **PEP:** Persona en ejercicio de la prostitución; **PPL:** Persona Privada de la Libertad; **PEX:** Población Excombatiente; **MG:** Mujeres Gestantes; **CH:** Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
Salud	AIEPI	Capacitación, Asistencia técnica, Cod Rojo, Reunión	21-05-2024	3:00 pm	5:00 pm	Fiesta

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
mirleidy montes.	N/A	N/A	San Carlos	CC	50934 37	PRI	43	F	M	H	NO	SR	CR	3235469851	NO TIENE	Mirleidy M.
diana Gomez N.	N/A	N A	San Carlos	CC	26160252	SEC	57	F	M	H	NO	SR	CR	3126918689	No Tiene	Diana Gomez N
Kelly perez	N/A	N/A	San Carlos	CC	26160381	PRI	56	F	M	H	NO	SR	CR	3205147440	NO TIENE	KELLY PEREZ A
Luisa Jaramillo.	N/A	N/A	San Carlos	CC	1115612 60	SEC	45	F	M	H	NO	SR	CR	3215971220	NO TIENE	LUISA JARAMILLO
Lorena Perez	N/A	N/A	San Carlos	CC	1071354152	PRI	33	F	M	H	NO	SR	CR	3135622265	NO TIENE	LORENA PEREZ
marisol pretel ramirez	N/A	N/A	San Carlos	CC	1067932859	SEC	32	F	M	H	NO	SR	CR	3113944609	NO TIENE	MARISOL PRETEL RAMIREZ
elvia paez	N/A	N/A	San Carlos	CC	1003407822	SEC	31	F	M	H	NO	SR	CR	3235063342	No Tiene	Elvia Paez
maria mas	N/A	N/A	San Carlos	CC	100300582	PRI	28	F	M	H	NO	SR	CR	3136307577	No Tiene	monica Paz

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

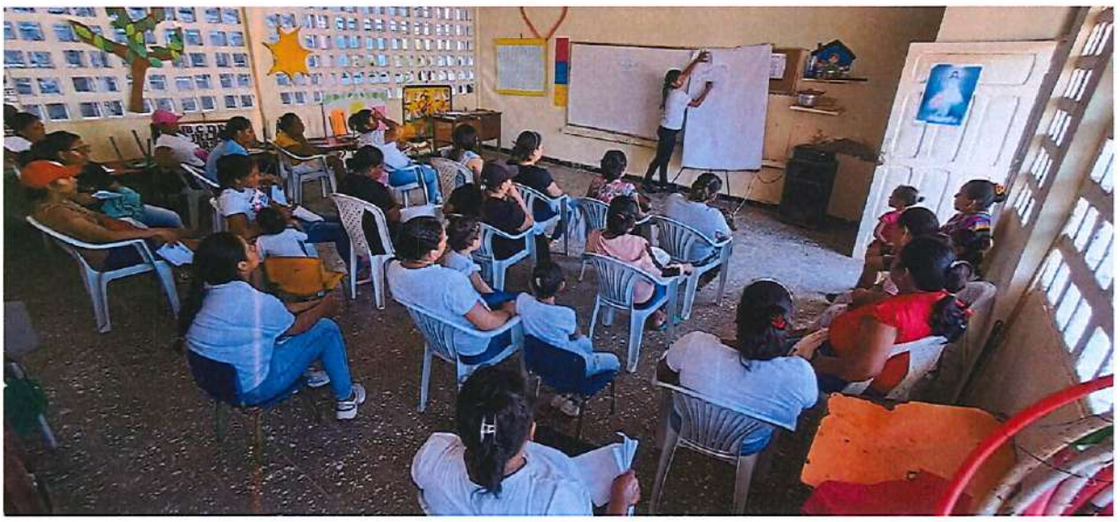
Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

CAPACITACIÓN No. 3

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Capacitación en AIEPI Comunitario para Madres, Padres, Cuidadores y Actores Sociales
LUGAR	Flecha
FECHA	29-07-2025
POBLACION INTERVENIDA	Madres, Padres, Cuidadores







ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Ficha	Hora de Inicio: 1:00 PM
Fecha 29/07/2015	Hora de Finalización: 3:00 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar capacitacion de AIEPI a madres y padres y cuidadores de niños y niñas, sobre el buen crecimiento y desarrollo fisico y mental

Desarrollo de la Reunión

Hora de llegada
- presentacion del grupo de trabajo
- presentacion de tema a trabajar
- expo. de tema con papelografo.
- preguntas con participacion. y respuestas.
- toma de evidencias.
- agradecimiento y despedida.

.

Conclusiones

muy buena participacion ya con mucho interes en el tema y conocimiento.

Recomendaciones

Responsables de la Actividad

Jenifer Vasquez o
enfermera

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic — Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA : 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: (Capacitación, Asistencia técnica, Especialización)	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CSE6	AIEPI	Capacitación	29/09/2024	1:00pm	3:00pm	Ficha

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
dayana perez v	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1062908871	PRI	33	F	M	H	NO	SPE	CR	3216208752	NO TIENE	Dayanel Perez Verbel
teresa cavadia	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071354845	PRI	48	F	M	H	NO	SPE	CR	3194841613	NO TIENE	Teresa Cavadia
tatiana ple c p.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	25772886	MED	34	F	M	H	NO	SPE	CR	3135799610	NO TIENE	TPCS
Blanca medellin	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26160061	MED	60	F	M	H	NO	SPE	CR	3127929230	NO TIENE	Blanca Medillin
katherine barrera	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071351111	MED	36	F	M	H	NO	SPE	CR	3136804503	NO TIENE	Katherine Barrera
maria mas	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1003000582	PRI	28	F	M	H	NO	SPE	CR	3136807517	NO TIENE	maria mas
elvia paez	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1003407822	SEC	81	F	M	H	NO	SPE	CR	3235008342	NO TIENE	Elvia Paez
marsol pretel p.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1067932859	PRI	32	F	M	H	NO	SPE	CR	3113944609	NO TIENE	Marsol Pretel
Lorena perez	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071354152	PRI	33	F	M	H	NO	SPE	CR	3135622263	NO TIENE	Lorena Perez
luisa jaramillo.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1115612260	SEC	43	F	M	H	NO	SPE	CR	3216971220	NO TIENE	LUISA JARAMILLO.
kelly perez	N/A	N/A	Sancalos	CC	26160381	SEC	56	F	M	H	NO	SPE	CR	NO TIENE	NO TIENE	Kelly Perez
diana Gomez	N/A	N/A	Sancarlos	CC	2616 0381	PRI	57	F	M	H	NO	SPE	CR	3126918689	NO TIENE	Diana Gomez

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Jornada de salud	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	AIEPI	JORNADA	29/07/2025	1:00 pm	3:00pm	Flecha

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
milleidis montes.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	50934 31	MED	43	F	M	H	NO	SR	CR	3235409851	NO TIene	
estela pineda H.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26164511	PRI	65	F	M	H	NO	SR	CR	3232305602	NO TIene	Estela Pineda H
maty Benavides.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26163770	MED	41	F	M	H	NO	SR	CR	3017968814	NO TIene	Maty I Benavides.
maria ignacia	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1100551063	SIN	17	F	M	H	NO	SR	CR	3216724906	NO TIene	Maria Ignacia.
Katerine Bonnera	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071351111	MED	36	F	M	H	NO	SR	CR	3136804505	NO TIene	
Fernanda Gomez	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1065011358	MED	27	F	M	H	NO	SR	CR	3013873702	NO TIene	Fernanda Gonzalez
eeluth sierra m.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26158966	SIN	45	F	M	H	NO	SR	CR	3232896991	NO TIene	
Luz tatiana Arias	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1140193873	PRO	27	F	M	H	NO	SR	CR	3013840485	NO TIene	Luz Tatiana Arias
anuska padron	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1044100223	TYT	29	F	M	H	NO	SR	CR	3145231777	NO TIene	

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

CAPACITACIÓN No. 4

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Capacitación en AIEPI Comunitario para Madres, Padres, Cuidadores y Actores Sociales
LUGAR	Flecha
FECHA	07-06-2025
POBLACION INTERVENIDA	Madres, Padres, Cuidadores







GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Ayapel	Hora de Inicio: 1:00 PM
Fecha 07/06/2025	Hora de Finalización: 3:00 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Desarrollar jornada de capacitacion de AIEPI a madres y padres, cuidadores de niños y niñas sobre el buen crecimiento y desarrollo fisico y mental

Desarrollo de la Reunión

Hora de llegada
- presentacion de grupo de trabajo.
- presentacion de temas a trabajar.
- expocicion de tema
- participacion con volantes de semaforizacion
- preguntas y respuestas
- toma de evidencias
- agradecimiento y despedida.

Conclusiones

mucha participacion con las personas.
ya teniendo todos los temas claros.
Finalizamos sisiones.

Recomendaciones

Responsables de la Actividad

Jader Vasquez
enfermera

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA : 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CR UE	AIEPI	capacitacion (Capacitación, Asistencia técnica, ...)	24-06-25	3:00 pm	5:00 pm	FLECHAS.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Katerine Barrera	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1071351111	MED	36	F	M	H	NO	SPE	CH	NO	NO	Katherine Barrera
fernanda Gomez	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1065011138	MED	27	F	M	H	NO	SPE	CH	NO	NO	Fernanda Gonzalez
edith sierra m.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26158966	SIN	45	F	M	H	NO	SPE	CH	NO	NO	Edith Sierra
Luz katerina arias	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1146889373	PRO	27	F	M	H	NO	SPE	CH	NO	NO	Luz Katerina Arias M
anaysa padron	N/A	N/A	Sancarlos	CC	10440023	TEC	29	F	M	H	NO	SPE	CH	NO	NO	Anaysa P.
maria ignacia	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1100551663	SIN	27	F	M	H	NO	SPE	CH	NO	NO	Maria Ignacia
marta benavides.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26163770	MED	41	F	M	H	NO	SPE	CH	NO	NO	Marta Benavides
estela pineda H	N/A	N/A	Sancarlos	CC	26164511	PRI	65	F	M	H	NO	SPE	CH	NO	NO	Estela Pineda R
Mirledis montes	N/A	N/A	Sancarlos	CC	5093437	PRI	43	F	M	H	NO	SPE	CH	NO	NO	Mirledis M. C.
maria mas.	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1003005 82	PRI	28	F	M	H	NO	SPE	CH	NO	NO	Maria Mas
elvia paez	N/A	N/A	Sancarlos	CC	1003407 22	SEC	31	F	M	H	NO	SPE	CH	NO	NO	Elvia Paez
misol pretel	N/A.	N/A	Sancarlos	C	1067323 59	SPE	32	F	M	H	NO	SPE	CH	NO		misol pretel

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad **PRI:** Primaria **SEC:** Secundaria **MED:** Media **TYT:** Técnico o Tecnológico **PRO:** Profesional **MAE:** Maestría **DOC:** Doctorado **POS:** Posdoctorado **MAS:** Maestro o Sabedor

Sexo: **M:** Masculino **F:** Femenino **I:** Intersexual
Género: **H:** Hombre **M:** Mujer **T:** Trans
Orientación sexual: **H:** Heterosexual **L:** Lesbiana **G:** Gay **B:** Bisexual **TG:** Transgénero **Q:** Queer **TS:** Transexual **+:** Otro **A:** Asexual

Tipo de documento: **CC:** Cédula **TI:** Tarjeta de identidad **CE:** Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva **FIS:** Física **INT:** Intelectual **VIS:** Visual **SCE:** Sordoceguera **PSI:** Psicosocial **MUL:** Múltiple

Grupo étnico: **N:** Negro **A:** Afrodescendiente **R:** Raizal **P:** Palenquero **IND:** Indígena **PMGI:** Población migrante irregular **PMGR:** Población migrante regular **ROM:** Pueblo Rrom **SPE:** Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: **CR:** Comunidad Rural; **CU:** Comunidad Urbana; **VICA:** Persona Víctima del Conflicto Armado; **PHCLL:** Persona Habitante de Calle; **PEP:** Persona en ejercicio de la prostitución; **PPL:** Persona Privada de la Libertad; **PEX:** Población Excombatiente; **MG:** Mujeres Gestantes; **CH:** Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/09/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica,	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRE	AIEPI	Capacitación	07/06/2024	3:00pm	5:00pm	Flecha.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
lorena perez	N/A	N/A	San carlos	CC	1071354152	pri	33	F	M	H	NO	SR	CA	3135622263	NO Tiene	Lorena
Luisa Jaramillo	N/A	N/A	San carlos	CC	1115612260	sec	43	F	M	H	NO	SR	CA	3215971220	NO Tiene	LUISA JARAMILLO
Kelly perez	N/A	N/A	San carlos	CC	26166381	tec	56	F	M	H	NO	SR	CA	3105147140	NO Tiene	KELLY PEREZ.
diana Gomez	N/A	N/A	San carlos	CC	26160381		57	F	M	H	NO	SR	CA	3126918689	NO Tiene	Diana Gomez
Blanca medellin	N/A	N/A	San Carlos	CC	26166014	MED	60	F	M	H	NO	SR	CA	3127979280	NO Tiene	Blanca Medellin
Eliana cavadia	N/A	N/A	San Carlos	CC	2071354845	pri	48	F	M	H	NO	SR	CA	3194841613	NO Tiene	ElianaCSR
teresa cavadia	N/A	N/A	San Carlos	CC	2071354845	pri	48	F	M	H	NO	SR	CA	3194841613	NO Tiene	Teresa cavadia
dayana perez.	N/A	N/A	San carlos	CC	1062908871	pri	35	F	M	H	NO	SR	CA	3216268752	NO Tiene	Dayana Perez Perez

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

ACTIVIDAD No. 1.15

(Microterritorio Rural)

Desarrollar (1) jornada estrategias de búsqueda activa comunitaria (BAC) de (30) treinta Sintomáticos respiratorios para identificar casos de Tuberculosis en poblaciones vulnerables: habitantes de calle, indígenas y grupos mayores de 15 años de poblaciones rurales dispersas. Se debe diligenciar el formato de búsqueda activa comunitaria del Ministerio de Salud y protección Social para Investigación epidemiológica de campo (IEC).

Nombre de la actividad:

Jornada de Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) de Sintomáticos Respiratorios para Identificación de Casos de Tuberculosis en Poblaciones Vulnerables

Objetivo:

Identificar de manera oportuna a 30 personas sintomáticas respiratorias con sospecha de tuberculosis en poblaciones vulnerables (habitantes de calle, comunidades indígenas y personas mayores de 15 años en zonas rurales dispersas), mediante una jornada de búsqueda activa comunitaria, con enfoque en investigación epidemiológica de campo.

Población intervenida:

Mínimo 30 personas con síntomas respiratorios (tos igual o mayor a 2 semanas), pertenecientes a: Población habitante de calle, Comunidades indígenas, Población rural dispersa mayor de 15 años.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	20-05-2025	Coroza Abajo	30	18	12	0	0	2	2	13	14
2											
3											
TOTAL			30	18	12	0	0	2	2	13	14

Desarrollo de la jornada:

Se realizó Coordinación con líderes comunitarios, EPS, E.S.E. municipal y actores sociales del territorio. Se identificó zonas o sectores con mayor presencia de población vulnerable.

1. **Implementación de la búsqueda activa comunitaria (BAC): Detección de sintomáticos respiratorios:** Se realizó visita casa a casa o barrido comunitario en puntos críticos, aplicando preguntas clave: ¿Ha tenido tos por más de 15 días? ¿Ha tenido pérdida de peso, fiebre o sudoración nocturna?.
   Diligenció el formato oficial de Búsqueda Activa Comunitaria para Investigación Epidemiológica de Campo (IEC) del Ministerio de Salud y Protección Social y se realizó Toma de muestra de esputo.
2. **Educación y sensibilización en TB:** se realizaron Charlas breves a la comunidad intervenida sobre signos y síntomas de la tuberculosis, formas de contagio, prevención y tratamiento.

Requerimientos:

- Formato oficial de BAC del Ministerio (IEC).
- Recolector de muestra boca ancha, tapa rosca con rotulo.
- Fotocopias
- Nevera portátil plática, de 10 lit
- Gel refrigerante

Conclusión:

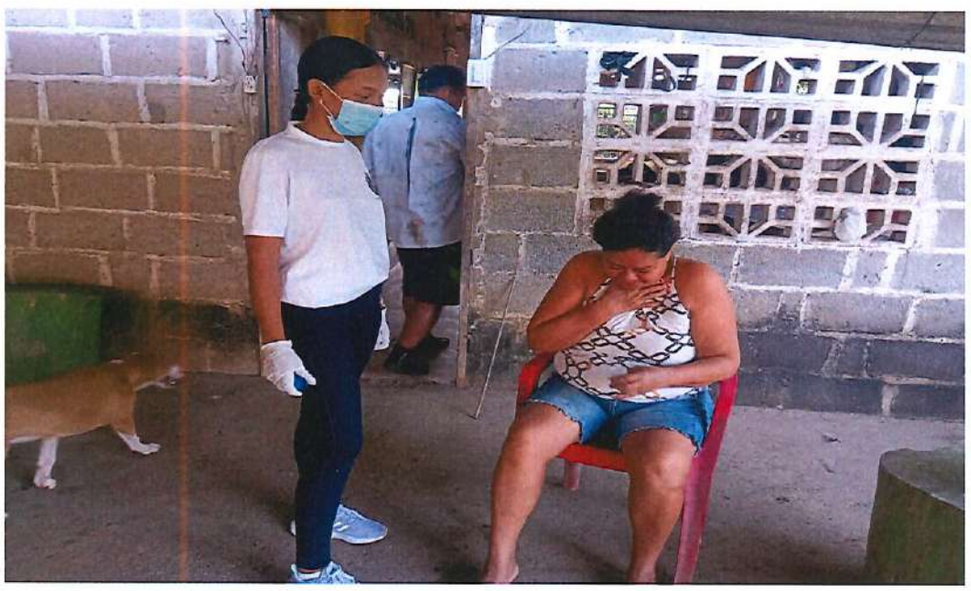
La jornada de búsqueda activa comunitaria permite identificar casos sospechosos de tuberculosis en poblaciones con barreras de acceso al sistema de salud, promoviendo el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y control de la cadena de transmisión. El uso del formato de IEC asegura el registro estandarizado de los hallazgos para la vigilancia epidemiológica.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

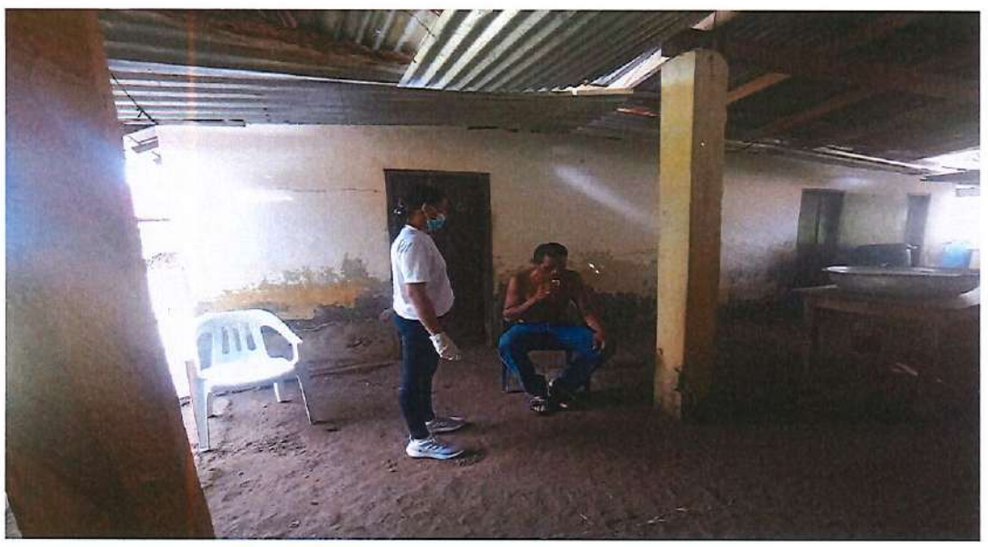
CAPACITACION No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornada de Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) de Sintomáticos Respiratorios para Identificación de Casos de Tuberculosis en Poblaciones Vulnerables
LUGAR	Coroza Abajo
FECHA	20-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Personas con síntomas respiratorios

BAC No. 1



BAC No. 2



E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA — GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 16 del mes Mayo del año 2025 se reunieron Leidys Vasquez cardona representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Gilberto cogollo representante de coroza abajo de la zona Rural del municipio de San carlos. con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Desarrollar Jornada estrategica de Busqueda activa, de sistomaticos respiratorias para identificar casos de tuberculosis	Atencion Primaria en salud	20 Mayo 2025	-Recolectores de muestra (30) -Nevera portatil -Gel refrigerante -Remisiones	Enfermera auxiliar de enfermeria	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Gilberto Cogollo	Nombre:	Leidys Vasquez
Cedula de ciudadanía:	11539688	Cedula de ciudadanía:	30688912
Entidad:	A/ cumplir dpto	Entidad:	ES sanfrancisco
Numero de contacto	3134643441	Numero de contacto	3234561858
Firma:		Firma:	

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

CAPACITACION No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornada de Búsqueda Activa Comunitaria (BAC) de Sintomáticos Respiratorios para Identificación de Casos de Tuberculosis en Poblaciones Vulnerables
LUGAR	Coroza Abajo
FECHA	20-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Personas con síntomas respiratorios

BAC No. 1



BAC No. 2



BAC No. 3



BAC No. 4



BAC No. 5



BAC No. 6



BAC No. 7



BAC No. 8



BAC No. 9



BAC No. 10



BAC # 11



BAC # 12



BAC # 13



BAC # 14



BAC # 15



BAC # 16



BAC # 17



BAC # 18



BAC # 19



BAC # 20



BAC # 21



BAC # 22



BAC # 23



BAC # 24



BAC # 25



BAC # 26



BAC # 27



BAC # 28



BAC # 29



BAC # 30



GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: Vereda coraza abajo	Hora de Inicio: 7:00 am
Fecha 20 de Mayo 2025	Hora de Finalización: 10:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

Realizar Jornada de Busqueda de sistomaticos para identificar casos de tuberculosis en poblacion Vulnerable.

Desarrollo de la Reunión

- Llegamos al lugar (comunidad - zona) a realizar la Jornada
- dando inicio ala 7:00 am, con la primera casa presentandonos.
- Realizamos la respectiva toma de muestra
- Tomamos firmas, evidencias
- agradecemos y despedida

Conclusiones

- la importancia de tomar las muestras para el Bien comun de la comunidad.

Recomendaciones

- Ventilar los ambientes, cubrirse la boca al toser o estornudar

Responsables de la Actividad

Leidis Vasquez e. Enfermera

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Celsberto Cogollo, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 11539168, en Representación del Vereda corraza abajo, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Jornada estrategica de Busqueda activa de sistomaticos respiratorios para identificar casos de tuberculosis en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San carlos a los 20 días del mes de Mayo del 2025.

FIRMA: Celsberto cogollo

CEDULA DE CIUDADANÍA: 11539168

CELULAR: 3134164844

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

N°	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/O (-)	2 (+) Y/O (-)	3 (+) Y/O (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	20-05-25	Anibal Arrieta	CC	1153394	51	M	Cole 34 ABAJO	3234479716	V/cosz abajo	S	Nuevo EPS										
2	20-05-25	Alberto Arrieta	Cc	26159149	78	F	Cole 34 ABAJO	3116838219	V/cosz abajo	S	Nev EPS										
3	20-05-25	Frasico Heidat	CC	78022911	59	M	Cole 34 ABAJO	3116938940	V/cosz abajo	S	Nevo EPS										
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

N°	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/o (-)	2 (+) Y/o (-)	3 (+) Y/o (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	20-05-25	Sixta Rodriguez	CC	10783080	66	F	Calle 3U ABajo	3018879554	V/ corral abajo	S	Nueva EPS	Sixta									
2	20-05-25	Julio Cesar Pastrana	CC	78016238	67	H	Corral ABajo	3018879554	V/ corral abajo	S	Nueva EPS	Julio Cesar Pastrana									
3	20-05-25	Rosalba Cano Mol	CC	25841430	80	F	Calle 3 ABajo	3234479710	V/ corral abajo	S	Nueva EPS	Rosalba Cano									
4	20-05-25	Clara Hernandez	CC	26163057	43	F	Calle 3U ABajo	3234479710	V/ corral abajo	S	Nueva EPS	Clara Hdez									
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

N°	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/O (-)	2 (+) Y/O (-)	3 (+) Y/O (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	10-05-25	Bernardo M. Rojas	CC	1005576401	31	F	Cerro 50 abajo	3216190220	Y cerro abajo	S	Huelser	Bernardo Rojas									
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/O (-)	2 (+) Y/O (-)	3 (+) Y/O (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	20-05-25	Miguel Avila Angel	CC	78016222	69	M	Cerro abajo	3126040352	y/cora abajo	S	Nueva EPS										
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/O (-)	2 (+) Y/O (-)	3 (+) Y/O (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	20-05-25	Estela Rodriguez Pedroza	CC	26160200	62	F	Coroza abajo	3126090352	V/coroza abajo	S	Nuevo EPS	.Estelares									
2		Arney Avila Reyes	CC	11155987	42	M	Coroza abajo	3126090352	V/coroza abajo	S	Nuevo EPS	.Arney Avila									
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/O (-)	2 (+) Y/O (-)	3 (+) Y/O (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	25/05/20	Alpidia pacheco	CC	2616197	94	F	Carrera 30 abajo	3034367589	V/cora abajo	S	Nuevo EPS										
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/O (-)	2 (+) Y/O (-)	3 (+) Y/O (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	20-05-25	Orlando Acosta	CC	68008234	65	M	Cerca abajo	3168433021	V/corral abajo	S	Nueva EPS										
2	20-05-25	Nohemi Reyes Pacher	CC	26160701	66	F	Cerca abajo	3168433021	V/corral abajo	S	Nueva EPS										
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/o (-)	2 (+) Y/o (-)	3 (+) Y/o (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	20-05-25	Veronica Mestra	CC	1062604136	21	F	Carrera abajo	3143643588	V/ corozo abajo	C	Nuevo eps	Veronica Mestra									
2	20-05-25	Aly otero Ramos	CC	1062604086	21	F	Carrera abajo	3170533231	V/ corozo abajo	S	Nuevo ser	Aly otero									
3	20-05-25	Abrahan otero	TI	1067898632	16	M	Carrera abajo	3170533231	V/ corozo abajo	S	Nuevo Ser	Abrahan									
4	20-05-25	Placida caraballo	CC	2586690	86	F	Carrera abajo	3170533231	V/ corozo abajo	S	Nuevo Ser	Placida									
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaría de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

N°	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) y/o (-)	2 (+) Y/O (-)	3 (+) Y/O (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	V 10525	Sofia Alvarez Lopez	X	26162488	53	F	Cerca abajo	3150537413	V/ cerca abajo	S	Nueva EPS	Sofia									
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/O (-)	2 (+) Y/O (-)	3 (+) Y/O (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	20-03-25	Alicia Flores Burgos	CC	25842990	74	F	Coroza abajo	3117341798	V/corozo abajo	S	Nueva EPS	Alicia Flores									
2	20-03-25	Edwar Gonzales	CC	11000777	48	M	Coroza abajo	3117341788	V/corozo abajo	S	Nuevo eps	Egm									
3	20-03-25	Yodis Gonzalez Mott	TI	1029722789	17	F	Coroza abajo	3117341798	V/corozo abajo	S	Nuevo eps	Yudis									
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/O (-)	2 (+) Y/O (-)	3 (+) Y/O (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	20-05-25	Victor Alean M.	CC	2807852	84	M	Calle 3A #B3J°	3													
2	20-05-25	Dominga Alean R.	CC	26158821	74	f	Calle 3A #B3J°	3136334403	V/ corozo abajo	S	Mutualser	Dominga									
3	20-05-25	Beatris Alean	CC	26163646	31	F	Calle 3A #B3J°	313 6730303	V/ corozo abajo	S	Mutualser	13 edad 82									
4	20-05-25	Rigoberto Acosta	CC	11150465	45	M	Calle 3A #B3J°	3136334403	V/ corozo abajo	S	Mutalser	Rigoberto A.									
5	20-05-25	Rigoberto Acosta	C	11153689	53	M	Calle 3A #B3J°	3136334403	V/ corozo abajo	S	Mutalser	Rigoberto A.A.									
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

N°	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	N° DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI - NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) Y/o (-)	2 (+) Y/o (-)	3 (+) Y/o (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	20-03-20	Leidy Villadiego	CC	26160542	34	F	Corozal ABAJO	3224073164	V/corozal abajo	S	Nueva EPS	Leidy Villa									
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

Ministerio de Salud Seguridad Social y Proteccion Social
Gobernación de Cordoba
Secretaria de Salud Departamental
PNCT

RELACION DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS DETECTADOS EN ACTIVIDADES DE BUSQUEDA ACTIVA

Nº	FECHA DE IDENTIFICACION DEL SR	NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE IDENTIFICACION	Nº DE IDENTIFICACION	EDAD	SEXO	DIRECCION	TELEFONO	BARRIO/ VDA O CORREGIMIENTO	REGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL	ENTIDAD A LA QUE ESTA AFILIADO	FIRMA O HUELLAS DE LA PERSONA SINTOMATICA RESPIRATORIA	REMITIDO (SI- NO)	RECIBIDO DE LAS MUESTRAS POR PARTE DEL LABORATORIO O PERSONAL DE LA IPS				SEGUIMIENTO DEL SINTOMATICO			
														CALIDAD DE LA MUESTRA	No de laminas o muestras recibidas	FECHA	FIRMA DE QUIEN RECIBE	1 (+) y/o (-)	2 (+) Y/O (-)	3 (+) Y/O (-)	FECHA DE RECIBIDO DEL REPORTE
1	2024-12-05	Alberto Perpacheco		26161762	57	F	Corozal Abajo	3134164344	V/ Corozal abajo	S	Caja copi										
2	2024-12-5	Gilverto cogollo N.		1115339168	50	M		3134164344	V/ corozal abajo	E											
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD_____

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Tamizaje	Jornada	20-08-25	7:00 am	10:00 am	Colota Abajo

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Vereneda Rojas	N/A	N/A	San Carlos	CC	1005676401	MED	31	F	M	H	NO	SPE	CR	3216190220	No tiene	Vereneda Rojas
Sixta Rodriguez	N/A	N/A	San Carlos	CC	10713508O	PRI	66	F	M	H	No	SPE	CR	3018879554	No tiene	Sixta
Julio cesar PL.	N/A	N/A	San Carlos	CC	10713508O	PRI	67	M	H	H	No	SPE	CR	3018879454	No tiene	Julio Cesar
Clara Hernandez.	N/A	N/A	San Carlos	CC	26163057	SIN	43	F	M	H	No	SPE	CR	3234479410	No tiene	Clara
Anibal Arieta	N/A	N/A	San Carlos	CC	1153397	SIN	57	M	H	H	No	SPE	CR	3234479410	No tiene	
Alberina Anta	N/A	N/A	San Carlos	CC	26159149	SIN	78	F	M	H	No	SPE	CR	3116838219	No tiene	
Francisco Hernandez.	N/A	N/A	San Carlos	CC	78022911	PRI	69	M	H	H	No	SPE	CR	3116838419	No tiene	
Yeda Gonzalez Mu	N/A	N/A	San Carlos	TI	1029722789	SEC	17	F	M	H	No	SPE	CR	3117341798	No tiene	Yudis
Sofia Agamez Lopez	N/A	N/A	San Carlos	CC	26162488	PRI	53	F	M	H	No	SPE	CR	3160535743	No tiene	Sofice
Veronica Mestra	N/A	N/A	San Carlos	CC	1062604136	SEC	21	F	M	H	No	SPE	CR	3143643887	No tiene	Veronica Mestra
Aly Otero Ramos	N/A	N/A	San Carlos	CC	1062604086	SEC	21	F	M	H	No	SPE	CR	3170533731	No tiene	Aly
Abrahm Otero.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1067898632	SEC	16	M	H	H	No	SPE	CR	3170533731	No tiene	Abraham

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante Irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Tamizaje	Jornada	20-05-25	7:00am	10:00am	Corota Abajo

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Alpidia Reyes Pacheco	N/A	N/A	San Carlos	CC	26161762	BTN	57	F	M	H	No	SPE	CR	3134164344	Notiene	Alpidia
Gilberto Cogollo N.	N/A	N/A	San Carlos	CC	11153968	SIN	50	M	H	H	No	SPE	CR	3134164344	Notiene	Gilberto
Leidis Villadiego	N/A	N/A	San Carlos	CC	26160342	SIN	54	F	M	H	No	SPE	CR	3224073104	Notiene	Leidis de Villadiego
Victor Alean Mur	N/A	N/A	San Carlos	CC	2807852	SIN	84	M	H	H	No	SPE	CR	3224073104	Notiene	Victor Alean
Dominga Alean R.	N/A	N/A	San Carlos	CC	26158821	PPL	74	F	M	H	No	SPE	CR	3136334403	Notiene	Dominga
Beatriz Alean	N/A	N/A	San Carlos	CC	26163646	PPL	31	F	M	H	No	SPE	CR	3136930323	Notiene	Beatriz
Rigoberto Acosta	N/A	N/A	San Carlos	CC	11150465	SIN	73	M	H	H	No	SPE	CR	3136334403	Notiene	Rigoberto A.
Rigoberto Acosta Alean	N/A	N/A	San Carlos	CC	11153689	SIN	53	M	H	H	No	SPE	CR	3136334403	Notiene	Rigoberto A.
Alicia Flores Burgos	N/A	N/A	San Carlos	CC	26842990	SIN	74	F	M	H	No	SPE	CR	3117341798	Notiene	Alicia Flores
Edwar Gonzalez.	N/A	N/A	San Carlos	CC	11000777	SIN	48	M	H	H	No	SPE	CR	3117341798	Notiene	Edwar
Arneq Avila Reyes	N/A	N/A	San Carlos	CC	11155987	PPL	42	M	H	H	No	SPE	CR	3126093552	Notiene	Arneq Avila
Miguel Adilez Argel	N/A	N/A	San Carlos	CC	78016222	SIN	69	M	H	H	No	SPE	CR	3126090352	Notiene	Miguel

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad **PRI:** Primaria **SEC:** Secundaria **MED:** Media **TYT:** Técnico o Tecnológico **PRO:** Profesional **MAE:** Maestría **DOC:** Doctorado **POS:** Posdoctorado **MAS:** Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud · GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA : 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CROE	Tamizaje	Jornada	26-05-25	7:00 am	10:00 am	Corota Abajo

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Placida Carbonillo	N/A	N/A	San Carlos	CC	2586690	SIN	86	F	M	H	NO	SPE	CR	3170533231	Noticia	Placida
Orlando Acosta	N/A	N/A	San Carlos	CC	6800873?7	SIN	65	M	H	H	NO	SPE	CR	3168433021	Noticia	Orlando Acosta
Nohemi De Pacheco	N/A	N/A	San Carlos	CC	26160701	SIN	66	F	M	H	NO	SPE	CR	3168433021	Noticia	noemi Reyes
Alpidia Pacheco	N/A	N/A	San Carlos	CC	2616197	SIN	94	F	M	H	NO	SPE	CR	3054367589	Noticia	Alpidia P.
Estela Pacheco	N/A	N/A	San Carlos	CC	26160200	SIN	62	F	M	H	NO	SPE	CR	3126090352	Noticia	Estela Reyes
Rosicela Guerra	N/A	N/A	San Carlos	CC	25?1430	SIN	69	F	M	H	NO	SPE	CR	3126093 52	Noticia	Rosicela

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad **PRI:** Primaria **SEC:** Secundaria **MED:** Media **TYT:** Técnico o Tecnológico **PRO:** Profesional **MAE:** Maestría **DOC:** Doctorado **POS:** Posdoctorado **MAS:** Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva **FIS:** Física **INT:** Intelectual **VIS:** Visual **SCE:** Sordoceguera **PSI:** Psicosocial **MUL:** Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena **PMGI:** Población migrante irregular **PMGR:** Población migrante regular **ROM:** Pueblo Rrom **SPE:** Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: **CR:** Comunidad Rural; **CU:** Comunidad Urbana; **VICA:** Persona Víctima del Conflicto Armado; **PHCLL:** Persona Habitante de Calle; **PEP:** Persona en ejercicio de la prostitución; **PPL:** Persona Privada de la Libertad; **PEX:** Población Excombatiente; **MG:** Mujeres Gestantes; **CH:** Madres o padres Cabeza de Hogar

ACTIVIDAD No. 1.17

(Microterritorio Rural)

Realizar (3) tres ciclos paseo durante la vigencia del convenio en el micro territorio rural, previo a cada ciclo paseo hacer una charla sobre la importancia de la práctica regular de ejercicio físico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se contará con la asistencia mínima de 20 participantes, el recorrido será mínimo de 5 km. Con la población general, se garantiza hidratación a los asistentes. Las evidencias serán listados de asistencias, 3 evidencias fotográficas donde se logre visualizar el número de asistentes, un video de dos minutos de duración, donde se logre evidenciar el desarrollo de la actividad, factura de la compra del agua.

Nombre de la actividad:

Ciclopaseo Comunitario para la Promoción de la Actividad Física y Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

Objetivo:

Fomentar la práctica regular de ejercicio físico mediante la realización de un ciclopaseo comunitario con participación activa de la población general, como estrategia para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y promover estilos de vida saludables en el microterritorio urbano.

Población intervenida:

Población general del microterritorio Rural. Mínimo 20 participantes por jornada.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	12-05-2025	I.E. Cabuya	20	13	7	0	16	4	0	0	0
2	16-05-2025	I.E. Cabuya	20	10	10	20	0	0	0	0	0
3	22-05-2025	I.E. Cabuya	20	12	8	0	20	0	0	0	0
TOTAL			60	35	25	20	36	4	0	0	0

Desarrollo de la actividad:

Previo al día de jornada, se realizó Identificación y definición del recorrido (mínimo 5 km) en calles o rutas seguras y accesibles. El día de la jornada se inició con la bienvenida de todos los participantes y presentación del equipo Pic que estará a cargo de la jornada. Posteriormente se realizó charla previa al ciclopaseo en donde se indicaron los beneficios del ejercicio físico para la salud cardiovascular, metabólica y mental, la importancia de prevenir enfermedades como hipertensión, diabetes tipo 2, obesidad y dislipidemia mediante la actividad física regular.

Desarrollo del ciclopaseo:

- Recorrido grupal de **mínimo 5 km** por el territorio definido.
- Acompañamiento por parte del equipo organizador.
- Punto de hidratación al finalizar el trayecto (entrega de agua embotellada).

Requerimientos:

- Bicicletas (propias de los asistentes).
- Personal de apoyo (logística, primeros auxilios).
- Rotafolio, en papel propalcote 200 grs, 10 hojas, full color, tamaño CARTA, impreso a dos caras, soporte en trípode en cartón maule, argollado doble.
- 60 Botella de agua 600 ml

Conclusión:

El ciclopaseo comunitario promueve de manera efectiva el ejercicio físico como una práctica accesible, recreativa y beneficiosa para la salud de toda la comunidad. Al combinar actividad física con sensibilización sobre la prevención de enfermedades crónicas, se fortalece el empoderamiento ciudadano hacia estilos de vida saludables y se generan espacios de integración comunitaria.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

CICLOPASEO No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Ciclopaseo Comunitario para la Promoción de la Actividad Física y Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
LUGAR	I.E. Cabuya
FECHA	12-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Población general del microterritorio Rural.









E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA — GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 11 del mes mayo del año 2025 se reunieron Marlyn Vertel Echavarry representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Katia Yaneth López Hernández representante de Centro Educativo Caboya de la zona rural del municipio de San Carlos. con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
-charla sobre la importancia de la practica regular de actividad fisico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas no transmisibles -Estiramiento y calentamiento -ciclopaseo -Hidratación	Atención Primaria en salud	12/05/2025	Agua	Licenciado en educación fisica recreación y Deporte	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Katia Yaneth López	Nombre:	Marlyn Zulay Vertel
Cedula de ciudadanía:	30'666.760	Cedula de ciudadanía:	1068664075
Entidad:	IE Caboya	Entidad:	ESE San Francisco
Numero de contacto	3108677988	Numero de contacto	3045274217
Firma:	Katia López	Firma:	Marlyn Vertel E

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E Cabuya	Hora de Inicio: 7:00 am
Fecha 12/ mayo /2025	Hora de Finalización: 9:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

Socializar con los estudiantes la importancia de la practica del ejercicio fisico y practicar un deporte como medio para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas no transmisibles.

Desarrollo de la Reunión

Iniciamos con preguntas ¿como que debemos hacer para prevenir las enfermedades cronicas no transmisibles? ¿el Porque es importante realizar ejercicio fisico? seguidamento concluimos con charla sobre los habitos y estilo de vida saludable y como está es importante para la vida cotidiana.
Seguimos con estiramiento y calentamiento para realizar ciclo paseo de 5 km contando con la asistencia de todo el cuerpo docente, padres de familia, y estudiantado, se hidrataron y seguimos recorrido hasta llegar al punto de encuentro y meta final.

Conclusiones

Realizamos vuelta a la calma e hidratacion, culmina-mos ciclopaseo con una activida ludico recreativa con los estudiante, donde realizamos circuitos y relevos.

Recomendaciones

El estudiantado, padres de familia y profesores nos recomiendan seguir visitando la institución ya que con estas actividades ludico recreativas sus hijos aprovechan el tiempo libre y la recreación.

Responsables de la Actividad

Marlyn Julay Vertel Echeverry
L Educación Física

Plan de Intervenciones Colectivas en Salud

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Katia Yaneth López Hernández identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30'666.760, en Representación del Centro Educativo Cabuya, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó charla sobre la importancia de la practica regular de ejercicio fisico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas no transmisibles y ciclo Paseo., en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos. a los 12 días del mes de Mayo del 2025.

FIRMA: Katia López

CEDULA DE CIUDADANÍA: 30'666.760

CELULAR: 3108617988

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, diálogo, reunión	FECHA:	HORA INICIO: 00:00 AM/PM	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	IMPORTANCIA ACTIVIDAD FISICA.	CAPACITACION	12-05-25	7:30 AM	9:20 AM	I.E CABOYA

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Camilo andres rivera	N/A	N/A	San Carlos	TI	1049939942	PEP	12	M	H	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	camilo andres rivera
Gabriela ariza simanca	N/A	N/A	San carlos	TI	1062532516	PEP	10	F	M	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Gabriela ariza simanca
Jelan rosales barreto	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357104	PEP	10	F	M	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Jelan rosales barreto
Anaela burgos garai	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356110	PEP	12	F	M	H	NO	SPE	CR	NO TIENE	NO TIE	ana ela burgos garai
angela maria casarrubia vertel	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356994	PEP	10	F	M	H	NO	SPE	CR	NO TIENE	No Tiene	angela casarrubia
Katerin sofia franco Montiel	N/A	N/A	San Carlos	TI	1068669648	PEP	10	F	M	H	NO	SPE	CR	NO TIER	No Tien	Katerin Sofia franco
Antonella arrieta gonzalez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358010	PEP	11	F	M	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Antonella2007
Oriana Gonzalez Saenz	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356434	PEP	11	F	M	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	oriana Gonzalez
Luis mario maestre ramos	N/A	N/A	San Carlos	TI	1063966971	PEP	13	M	H	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Luis Mario M.
Carolina michael maestre ramos	N/A	N/A	San Carlos	TI	1063968908	PEP	10	F	M	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Carolina Ramos
Victor Hugo mejia rivera	N/A	N/A	San Carlos	TI	1176216644	PEP	10	M	H	H	NO	SPE	CR	NO Tiene	No Tiene	Victor Hugo
Maria angel montiel ariza	N/A	N/A	San carlos	TI	1071356928	PEP	10	F	M	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Maria Angel Montiel

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO: 00:00 AM/PM	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Importancia de la Fisica Accuidad	CAPACITACION	12/05/2025	7:00 Am	9:00Am	I.E CABUYS

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Carlos andres hoño casarrubia	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358467	PRI	10	M	H	H	NO	SRG	CR	No Tiene	No Tiene	Carlos Andres
Gabriela rivas ramos	N/A	N/A	San Carlos	TI	1066094477	PRI	10	F	M	H	No	SRG	CR	No Tiene	No Tiene	Gabriela
regino simanca ivonne	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357245	PRI	10	F	M	H	NO	SRG	CR	No Tiene	No Tiene	regino simanca
Rivas avila santiago	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357276	PRI	10	M	H	H	NO	SRG	CR	No Tiene	No Tiene	Javier Luis
Javier luis rivas casarrubia	N/A	M/A	San Carlos	TI	1062533812	PRI	10	M	H	H	NO	SRG	CR	No Tiene	No Tiene	Santiago
nicoll rivas Hernandez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357666	PRI	10	F	M	H	NO	SRG	CR	No Tiene	No Tiene	Nicoll
luis fernando morales sanchez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1077357666	PRI	13	M	H	H	NO	SRG	CR	No Tiene	No Tiene	luis fernando
ivanna sofia sanchez vertel	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357080	PRI	10	F	M	H	NO	SRG	CR	No Tiene	No Tiene	Ivanna Sofia

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante Irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

CICLO PASEO No. 2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Ciclopaseo Comunitario para la Promoción de la Actividad Física y Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
LUGAR	I.E.Cabuya
FECHA	16-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Población general del microterritorio Rural.






OLIVES

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA — GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 14 del mes mayo del año 2025 se reunieron Mailyn Zulay Ventel Echeverry representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Katherine Lopez representante de I E cabaya de la zona Rural del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
-Charla sobre la importancia de la practica regular de ejercicio fisico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas no transmisibles -estiramiento y calentamiento -ciclopaseo -Hidratación	Atención primaria en salud	16 Mayo 2025	Agua	Licenciada en educación fisica recreación y deportes	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Katia yaneth López	Nombre:	Mailyn Zulay Ventel E.
Cedula de ciudadanía:	30'666.760	Cedula de ciudadanía:	1068664075
Entidad:	ESE San Francisco	Entidad:	I E cabaya
Numero de contacto	3108617988	Numero de contacto	3045274217.
Firma:	Katia López	Firma:	Mailyn Zulay Ventel E

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: IE Cabuya	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha 16 Mayo de 2025	Hora de Finalización: 10:00 Am

Objetivo(s) de la Reunión

Socializar con los estudiantes la importancia de la practica del ejercicio fisico y practicar un deporte como medio para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas no transmisibles.

Desarrollo de la Reunión

Iniciamos charla con preguntas ¿como que debemos hacer para prevenir las enfermedades cronicas no transmisibles? ¿el por que es importante realizar ejercicio fisico? seguidamente concluimos con charla sobre los habitos y estilo de vida saludable y como esta es importante para la vida cotidiana. seguimos con estiramiento y calentamiento para realizar ciclo paseo de 5 Km contando con la asistencia de todo el cuerpo docente, padres de familia y estudiantado, se hidrataron y seguimos recorrido hasta llegar al punto de encuentro y meta final.

Conclusiones

Realizamos vuelta a la calma e hidratacion, culminamos ciclo paseo con una actividad ludico recreativa realizamos circuitos de relevos y carreras de velocidad.

Recomendaciones

Los padres de familia y docentes nos recomiendan seguir llevando y visitando la institución con estas actividades recreativas por que sus hijos difrutaron mucho el espacio que se les brindo con estas actividades.

Responsables de la Actividad

Marlyn Zuley Vertel Echevarry

L. Educcon Fisica

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Kabba Yanelth López Hernandez, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30'666.760, en Representación del Centro Educativo Cabuya., certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó charla sobre la importancia de la practica regular de ejercicio fisico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas no transmisible y ciclo paseo., en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos. a los 16 días del mes de Mayo del 2025.

FIRMA: Kabba López

CEDULA DE CIUDADANÍA: 30'666.760

CELULAR: 3108617988

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo Ciudadano	FECHA:	HORA INICIO: 00:00 AM/PM	HORA FIN:	LUGAR:
Cruz	Imp. de la Seguridad física	Ciclopaseo.	16-05-25	8:AM	10:00 AM	I.E. CA Boyds

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Abraham david araujo	N/A	N/A	San Carlos	TI	1065018403	PRI	3	M	H	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	abraham araujo
Antonella argel arrieta	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358883	PRI	4	F	M	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	antonella argel
Maite ramos argumedo	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071359453	PRI	3	F	M	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	maite ramos
Abigail ariza Casarrubia	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071359309	PRI	3	F	M	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Abigail Ariza
Emma Julia ariza arital	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358894	PRI	4	F	M	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	emma ariza
Melissa isabel arizaariza	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358682	PRI	5	F	M	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Melissa isabel
Luciana Del Carmen Gomez ariza	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071359354	PRI	5	F	M	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Luciana Gomez
barreto Hernandez milany	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358999	PRI	4	F	M	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	milany barreto
Emily andrea Casarrubia guevara	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071359146	PRI	4	F	M	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	deiver casarrubia
Duvier Casarrubia Jimenez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071359283	PRI	5	M	H	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	emily casarrubia
Yeicol Josue Casarrubia Lopez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357891	PRI	4	M	H	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Yeicol casarrubia
Jeronimo Casarrubia Palacio	N/A	N/A	San Carlos	TI	1022168805	PRI	4	M	H	H	No	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Jeronimo Casarrubia

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de Identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO: 00:00 AM/PM	HORA FIN:	LUGAR:
CRUS	IMP DE LA ACTIVIDAD FISICA	Capacitación	16-05-25	8:00 AM	10:00 PM	F.E CABUYAL

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Milagro arizal Herrera	N/A	N/A	San Carlos	TI	1065019342	PRI	4	F	M	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Milagro Herrera
Donato lopez Casarrubia	N/A	N/A	San Carlos	TI	1233041838	PRI	5	M	H	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	donatos lopez
Jhoyner Jose Lopez Casarrubia	N/A	N/A	San Carlos	TI	1041359270	PRI	4	M	H	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Jhoyner LOPEZ
Aurora Maria Luna zaena	N/A	N/A	San Carlos	TI	1041358867	PRI	3	F	M	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Aurora luna
Jose miguel Luna zaena	N/A	N/A	San Carlos	TI	1041358881	PRI	4	M	H	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	José luna
Alan David Morales benitez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1041358085	PRI	4	M	H	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Alan Morales
Santiago Pereira Morelo	N/A	N/A	San Carlos	TI	1041359316	PRI	3	M	H	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Santiago Pereira
Leonel perez Hernandez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1041358747	PRI	3	M	H	H	NO	SPE	CR	No Tiene	No Tiene	Leonel Perez

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

CICLO PASEO No. 3

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Ciclopaseo Comunitario para la Promoción de la Actividad Física y Prevención de Enfermedades Crónicas No Transmisibles
LUGAR	I.E. Cabuya
FECHA	22-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Población general del microterritorio Rural.









Gobernación de Córdoba. NIT. 800103935-6
Palacio de Naín. Calle 27 No. 3 - 28 Montería, Córdoba
PBX. + (57) 4 784 8940 - 01 8000 400 357
contactenos@corodoba.gov.co gobernador@cordoba.gov.co
www.cordoba.gov.co

E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA PER IESUM FACTA SUNT — GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 20 del mes mayo del año 2025 se reunieron Madyn Zulay Uribe Echavarry representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Katia Yaneth López Hdez representante de Centro Educativo Cabuya de la zona rural del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
-Charla sobre la importancia de la practica regular de ejercicio físico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles -estiramiento y calentamiento -ciclopaseo -Hidratación	Atención Primaria en Salud	22/05/2025	Agua	Licenciado en educación física recreación y Deportes	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Katia López	Nombre:	Madyn Zulay Uribe E
Cedula de ciudadanía:	30'666.760	Cedula de ciudadanía:	1068664075
Entidad:	I.E Cabuya	Entidad:	E.S.E San Francisco
Numero de contacto	3006619888	Numero de contacto	3045774214
Firma:	Katia López	Firma:	Madyn Uribe E.

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: IE Cabaña	Hora de Inicio: 7:00 PM
Fecha 20/mayo/2025	Hora de Finalización: 9:00 PM

Objetivo(s) de la Reunión

Socializar con los estudiantes la importancia de la practica del ejercicio físico, Hacer deporte como medio para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas no transmisibles.

Desarrollo de la Reunión

Iniciamos con charlas educativas sobre las enfermedades cronicas no transmisibles ¿que debemos hacer para prevenirlas?, el por que es importante hacer ejercicio, lo importante de alimentarse bien. seguidamente organizamos al estudiantado para ciclo paseo de 5km contando con la asistencia de todo el cuerpo docente, Padres de familia y estudiantado, se hidrataron y seguimos recorrido hasta llegar al punto de encuentro y meta final.

Conclusiones

Realizamos vuelta a la calma e hidratacion culminamos ciclopaseo con una actividad ludico recreativa donde realizamos circuitos con releves en carrera de velocidad

Recomendaciones

El estudiantado, Padres de familia y profesores nos recomiendan seguir visitando la institucion ya que con estos espacios ludico recreativos sus hijos aprovechan el tiempo libre y la recreación.

Responsables de la Actividad

Marlyn Zulay Vertel Echeverry

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Katia Yaneth López Hernandez, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 30'666.760, en Representación del _____, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Charla sobre la importancia de la practica regular de ejercicio fisico como medio para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas no transmisible y ciclo Paseo., en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos a los 22 días del mes de mayo del 2025.

FIRMA: Katia López

CEDULA DE CIUDADANÍA: 30'666.760

CELULAR: 3108617988

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo, Reunión	FECHA:	HORA INICIO: 00:00 AM/PM	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Imp. de la actividad Física	CICLO VITAL	22/05/2025	02:00 PM	04:00 PM	I.E Cabuya

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
paula andrea arcia villegas	N/A	N/A	San Carlos	TI	1073830198	PRI	7	F	M	H	NO	SPE	CR	NO tiene	NO tiene	Paula Villegas
luciana casarrubia uribe	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358244	PRI	7	F	M	H	NO	SPE	CR	NO tiene	NO tiene	luciana casarrubia
Sebastian david flores isaitia	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358351	PRI	7	M	H	H	NO	SPE	CR	NO tiene	NO tiene	Sebastian david
Maura gomez argumedo	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358010	PRI	7	F	M	H	NO	SPE	CR	NO tiene	NO tiene	Sebastian
Maria Celeste gusman arrieta	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358220	PRI	7	F	M	H	NO	SPE	CR	NO tiene	NO tiene	maura gomez
arrieta bertel valentina	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358687	PRI	8	F	M	H	NO	SPE	CR	NO tiene	NO tiene	valentina bertel
Cristhian david burgos Casarrubia	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358031	PRI	8	M	H	H	NO	SPE	CR	NO tiene	NO tiene	Cristhian burgos
brainer Jose casarrubio Ortiz	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357891	PRI	8	M	H	H	NO	SPE	CR	NO tiene	NO tiene	brainer Jos
Katalleya Escobar soto	N/A	N/A	San Carlos	TI	1062627710	PRI	8	F	M	H	NO	SPE	CR	NO tiene	NO tiene	Katalleya
Jose gabriel gomez guerra	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071358010	PRI	8	M	H	H	NO	SPE	CR	NO tiene	NO tiene	Jose Gabriel
Maestra ramos Hernandez Lucia	N/A	N/A	San Carlos	TI	1064878910	PRI	8	F	M	H	NO	SPE	CR	NO tiene	NO tiene	Maestra Lucia
andres felipe mejia rivera	N/A	N/A	San Carlos	TI	1119406688	PRI	8	M	H	H	NO	SPE	CR	NO tiene	NO tiene	Andres Mejia

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA : 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Diálogo Ciudadano	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Imp. de actividad Física	Ciclo paseo	22/03/2025	07:00 PM	09:00 PM	I.E Cabuya.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
ana victoria nigati avila	N/A	N/A	San carlos	TI	1140136482		8	F	M	H	NO	SPE	NO	No tiene	No tiene	victoria
ignacio david orozco gomez	N/A	N/A	San carlos	TI	1071358044		8	M	H	H	NO	SPE	NO	No tiene	No tiene	ignacio david
Yesica Yuliath Zapata avila	N/A	N/A	San carlos	TI	1071357183		8	F	M	H	NO	SPE	NO	No tiene	No tiene	Yesica
Sofia rivas simanca	N/A	N/A	San carlos	TI	1071358000		8	F	M	H	NO	SPE	NO	No tiene	No tienes	Sofia rivas
Luciana Sanchez ramos	N/A	N/A	San carlos	TI	1071358164		7	F	M	H	NO	SPE	NO	No tiene	No tiene	luciana Sanchez
Damian esteban rivas casarrubia	N/A	N/A	San carlos	R.C	1071358445		6	M	H	H	NO	SPE	NO	No tiene	No tiene	damian
Matias Velasquez Sanchez	N/A	N/A	San Carlos	R.C	1071358403		6	M	H	H	NO	SPE	NO	No tiene	No tiene	matias
Salome Pereira padilla	N/A	N/A	San Carlos	R.C	1071358437		6	F	M	H	NO	SPE	NO	No tiene	No tiene	Salome
												SPE				

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad **PRI:** Primaria **SEC:** Secundaria **MED:** Media **TYT:** Técnico o Tecnológico **PRO:** Profesional **MAE:** Maestría **DOC:** Doctorado **POS:** Posdoctorado **MAS:** Maestro o Sabedor

Sexo: **M:** Masculino **F:** Femenino **I:** Intersexual
Género: **H:** Hombre **M:** Mujer **T:** Trans
Orientación sexual: **H:** Heterosexual **L:** Lesbiana **G:** Gay **B:** Bisexual **TG:** Transgénero **Q:** Queer **TS:** Transexual **+:** Otro **A:** Asexual

Tipo de documento: **CC:** Cédula **TI:** Tarjeta de identidad **CE:** Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva **FIS:** Física **INT:** Intelectual **VIS:** Visual **SCE:** Sordoceguera **PSI:** Psicosocial **MUL:** Múltiple

Grupo étnico: **N:** Negro **A:** Afrodescendiente **R:** Raizal **P:** Palenquero **IND:** Indígena **PMGI:** Población migrante irregular **PMGR:** Población migrante regular **ROM:** Pueblo Rrom **SPE:** Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: **CR:** Comunidad Rural; **CU:** Comunidad Urbana; **VICA:** Persona Víctima del Conflicto Armado; **PHCLL:** Persona Habitante de Calle; **PEP:** Persona en ejercicio de la prostitución; **PPL:** Persona Privada de la Libertad; **PEX:** Población Excombatiente; **MG:** Mujeres Gestantes; **CH:** Madres o padres Cabeza de Hogar

ACTIVIDAD No. 1.18

(Microterritorio Rural)

Promover y realizar jornadas de actividad física durante la vigencia del contrato, de dos (02) horas de duración en el entorno educativo del micro territorio rural, en la que se incluyan aeróbicos, danza, ula-ula, saltar la cuerda, desafío, entre otros. Se debe garantizar hidratación para los asistentes. Previo a la actividad se debe dar una breve charla de sensibilización sobre los beneficios de la actividad física para la salud y de condiciones y estilos de vida saludables. La actividad está dirigida a un mínimo de veinte (20) estudiantes por jornada. Las jornadas estarán dirigida a un grupo de estudiantes de la infancia y adolescencia. Gastos: bolsas de agua, ula-ula, cuerdas.

Nombre de la actividad:

Jornada de Promoción de la Actividad Física y Estilos de Vida Saludables en Entornos Educativos Rurales

Objetivo:

Fomentar la práctica regular de actividad física en niñas, niños y adolescentes del microterritorio rural mediante jornadas lúdicas y recreativas que promuevan hábitos saludables, mejoren el bienestar físico y mental, y prevengan enfermedades asociadas al sedentarismo.

Población intervenida:

Estudiantes de infancia y adolescencia en instituciones educativas del microterritorio rural.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 – 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	14-05-2025	I.E. San Miguel	20	11	9	0	19	1	0	0	0
2	23-05-2025	I.E. San Miguel	20	8	12	0	2	18	0	0	0
3	05-06-2025	I.E. San Miguel	21	9	11	0	12	9	0	0	0
TOTAL			61	28	32	0	33	27	0	0	0

Desarrollo de la actividad:

Previa a la jornada, se realizó Coordinación con directivos de la institución educativa, en donde se acordó el espacio a utilizar el día de la jornada y la convocatoria interna de estudiantes.

El día de la jornada se inició con la presentación de equipo Pic, posteriormente se ofrece una Charla de sensibilización en donde se abordaron los siguientes temas; Beneficios de la actividad física, Importancia de los estilos de vida saludables (alimentación balanceada, hidratación, descanso, reducción del tiempo frente a pantallas) y relación entre actividad física, autocuidado y prevención de enfermedades crónicas.

Jornada de actividad física (2 horas):

Actividades lúdicas y dirigidas con enfoque recreativo:

- Juegos con ula-ula: competencias por tiempo, coordinación y equilibrio.
- Saltar la cuerda: individual y grupal, en circuitos o desafíos.
- Retos físicos o desafíos cooperativos: estaciones de actividad, relevos o trabajo en equipo.
- Entrega de bolsas de agua para hidratación.

Requerimientos

- Bolsas de agua
- Ula-ulas
- Cuerdas para saltar

Conclusión:

Estas jornadas son una herramienta efectiva para motivar a los niños, niñas y adolescentes del entorno rural a incorporar la actividad física como parte de su rutina, fortaleciendo su salud física y emocional. Además de promover la prevención de enfermedades, estas acciones contribuyen a la formación integral de los estudiantes y al fortalecimiento del entorno escolar como espacio protector y promotor de bienestar.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

JORNADA No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornada de Promoción de la Actividad Física y Estilos de Vida Saludables en Entornos Educativos Rurales
LUGAR	I.E. San Miguel
FECHA	14-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Estudiantes del Grado 6-1









E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA — GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 12 del mes Mayo del año 2025 se reunieron Marlyn Zuley Ventel Echeverri representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Elder Chevel representante de I.E. San Miguel de la zona Rural del municipio de San Carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
Realizar actividad fisica como medio para reducir la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles charla de Sensibilizacion sobre los beneficios de la actividad fisica para la salud	Atención Primaria en Salud	14 Mayo 2025	Agua	dicen Educación fisica recreación y deporte	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Elder Chevel Davila	Nombre:	Marlyn Zuley Ventel E.
Cedula de ciudadanía:	1100102 4	Cedula de ciudadanía:	1068664075
Entidad:	I E San miguel	Entidad:	ESE. Hosp. San feo.
Numero de contacto	3003344073	Numero de contacto	3045274217
Firma:	Elder Chevel Davila.	Firma:	Marlyn Z. Ventel E.

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I. E. San Miguel.	Hora de Inicio: 8:00am
Fecha 14/mayo/2025	Hora de Finalización: 10:00am

Objetivo(s) de la Reunión

socializar actividades para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas no transmisibles, como se pueden prevenir, la importancia de hacer ejercicio practicar un deporte y comer saludable.

Desarrollo de la Reunión

Se realizo charla con los estudiantes sobre los Habitos y estilo de vida saludable, la importancia de hacer deporte, hacer ejercicio para prevenir las enfermedades cronicas no transmisibles, Realizamos calentamiento y estiramiento para, trabajar circuito deportivo, saltando la cuerda transportando la pelota y superando obstaculos. Vuelta a la calma e hidratación.

Conclusiones

terminamos la actividad con vuelta a la calma estiramiento, hidratacion y charla sobre la actividad realizada

Recomendaciones

los estudiantes, docentes y padres de familia nos recomiendan seguir llevando las actividades por que son importante en la vida de sus hijos ya que estan aprovechando su tiempo libre.

Responsables de la Actividad

Marlyn Eliay Ventel Echeverry
I E Fisica

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Elder chavel Reboll0, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1100102 4, en Representación del I E San miguel, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó Actividad ludico recreativa, charla sobre los habitos y estilo de vida saludable, y circuito deportivo utilizando cuerdas, aros y balones., en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San carlos a los 14 días del mes de Mayo del 2025.

FIRMA: Elder chavel Rebollo

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1100102 4

CELULAR: 3003344073

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Concejo de Córdoba	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO:	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Estilo de Vida Saludable	Jornada pedagogica. (Capacitación, Asistencia técnica, Jornada pedagógica)	14.05.2025	08:00 AM	10:00am	I.E San Miguel Grado 6.1

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Elizabeth Avila	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071357090	6°	10	F	M	H	No	Sre	Cr	No tiene	No Tiene	Elizabeth
Melani Cano	N/A	N/A.	San Carlos	TI	1068669689	6°	10	F	M	H	No	Sre	Cr	3218955766	No Tiene	Melani
David acosta	N/A	N/A	San Carlos	TI	1065009649	6°	10	M	H	H	No	Sre	Cr	3184051093	No Tiene	David
Clarena arteaga	N/A	N/A	San Carlos	TI	1169213319	6°	11	f	M	H	No	Sre	Cr	3207089893	No Tiene	Klarena
Sarai Gonzales	N/A	N/A	San Carlos	TI	1030670033	6°	11	f	M	H	No	Sre	Cr	3246396325	No Tiene	Saray
Maria Espitia	N/A	N/A	San Carlos	TI	1068436127	6°	10	F	M	H	No	Sre	Cr	3024182726	No Tiene	Maria
Marien Gomez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071355865	6°	12	F	M	H	No	Sre	Cr	3178596190	No Tiene	Maryenis
Sarai Arrieta V.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356781	6°	11	f	M	H	No	Sre	Cr	3014737943	No Tiene	Sara y
Esteba Velasquez	N/A	N/A	San carlos	TI	1071356626	6°	11	M	H	H	No	Sre	Cr	No tiene	No Tiene	Esteban
Luis Daniel Plata P.	N/A	N/A	San carlos	TI	1071356948	6°	11	M	H	H	No	Sre	Cr	No tiene	No Tiene	Luis
Shaira Bedoya	N/A	N/A	San carlos	TI	1068434061	6°	11	f	M	H	No	Sre	Cr	3216214558	No Tiene	Shaira
Anuar Plaza Plata	N/A	N/A	San Carlos	TI	1014354593	6°	11	M	H	H	No	Sre	Cr	3124845553	No Tiene	ANUAR

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Visita, Otra ¿Cuál?	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Estilo de Vida Saludable.	Jor. de Actividad Física	14.05.2025	08:00 AM	10:00 AM	I.E. San Miguel Grado 6.1

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Andres Ramirez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356991	5°	10	M	H	H	No	SR	CR	3007719452	No Tiene	Andrés
neimar vegas	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356757	5°	11	M	H	H	No	SR	CR	3018100206	No Tiene	NEIMAR
Juan pablo polo	N/A	N/A	San Carlos	TI	1065007712	5°	11	M	H	H	No	SR	CR	3113441274	No Tiene	Juan
Jose Arreta	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071386841	5°	11	M	H	H	No	SR	CR	3145135259	No Tiene	Jose Daniel.
Sebastian Pacheco.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356820	5°	11	M	H	H	No	SR	CR	3146207829	No Tiene	Sebastián
Gabriela Izquierdo S.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356925	5°	10	F	M	H	No	SR	CR	3170584381	No Tiene	Gabriela
Ana Gabriela Vegas	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071355355.6	5°	11	F	M	H	No	SR	CR	3128693894	No Tiene	ANA GABRIELA
Yesmith Guerrero C.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1038132417	5°	11	F	M	H	No	SR	CR	3046810571	No Tiene	Yesmith

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

JORNADA No. 2

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornada de Promoción de la Actividad Física y Estilos de Vida Saludables en Entornos Educativos Rurales
LUGAR	I.E. San Miguel
FECHA	23-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Estudiantes del Grado 7-2









E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA — GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 22 del mes Mayo del año 2025 se reunieron Marlyn Z. Vertel Echeverry representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Elder Chavel Rebollo representante de I.E. San Miguel. de la zona Rural del municipio de San Carlos. con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
-Se realizo charla de sensibilización sobre los beneficio de la actividad fisica para la salud y de condiciones y estilos de vida saludable -Se realizo estimiento, juegos ludico recreativo -finalizamos con rumba aerobico y vuelta a la calma	Atención Primaria en Salud	23 Mayo 2025	Agua	2 licen educación fisica recreación y deportes	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Elder chavel rebollo	Nombre:	Marlyn Z Vertel Echeverry
Cedula de ciudadanía:	1100102 4	Cedula de ciudadanía:	1068664075
Entidad:	I.E. San Miguel.	Entidad:	E.S.E. Hosp. San fco.
Numero de contacto	300 334 4073	Numero de contacto	3045274217.
Firma:	Elder Chavel Rebollo	Firma:	Marlyn Z. Vertel E.

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	F.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I.E. San Miguel.	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha 23. Mayo - 2025	Hora de Finalización: 10:00 am

Objetivo(s) de la Reunión

Socializar las actividades con el estudiantado sobre las enfermedades cronicas no transmisibles, como se pueden prevenir y la importancia de hacer actividad fisica y comer saludable.

Desarrollo de la Reunión

Se realiza charla con los estudiantes sobre la importancia de comer saludable, hacer ejercicio para prevenir las enfermedades cronicas no transmisible, saber sobre los habitos y estilo de vida saludable. Empezamos calentamiento y estiramiento para la clase de rumba aerobica, terminamos con circuito deportivo utilizando cuerdas, aros y balones.

Conclusiones

terminamos la actividad charlando con los estudiantes sobre la importancia de alimentarse bien, entrenar y practicar un deporte.

Recomendaciones

los Padres de familia y docentes nos recomendaron que las actividades fueran mas seguidas para que sus hijos aprovechen el tiempo libre, la recreacion

Responsables de la Actividad

Marlyn Z. Uertel Echeverry.

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Elder chevel reboll, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 1100124, en Representación del _____, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó charla de sensibilización sobre los beneficios de la actividad física para la salud, se realiza rumba aerobica, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Carlos. a los 23 días del mes de Mayo del 2025.

FIRMA: _____

CEDULA DE CIUDADANÍA: 1100124

CELULAR: 3003344073

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: (Capacitación, Asistencia técnica, Asesoría, Seguimiento)	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Estilo de Vida Saludable - Jor. de Act. Física.		23.05.2025	08:00 AM	10:00 AM	I.E. San Miguel 7.2

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Efrain Jose Perez R.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1063169315	Sec	12	M	H	H	No	Sp	Cr	No Tiene	No Tiene	EFRAIN José
Jader Gonzalez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071355950	Sec	12	M	H	H	No	Sp	Cr	3161206111	No Tiene	Jader Gonzalez
Angi Vanesa Barrera	N/A	N/A	San carlos	TI	1065006918	Sec	12	F	M	A	No	Sp	Cr	No Tiene	No Tiene	Angi Barrera
Alejandra Vasquez	N/A	N/A	San carlos	TI	1065006704	Sec	12	F	M	H	No	Sp	Cr	3044090220	No Tiene	Alejandra vasquez
Estefania Pacheco R	N/A	N/A	San carlos	TI	1071356672	Sec	12	F	M	H	No	Sp	Cr	No Tiene	No Tiene	Estefania pacheco
Dawin osorio delgado	N/A	N/A	San Carlos	TI	1065005996	6°	12	F	M	H	No	Sp	Cr	3146093850	No Tiene	Dawin Delgado
Cesar Madera	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356194	8°	13	M	H	H	No	Sp	Cr	No Tiene	No Tiene	Cesar Madera
Norquis Arrieta	N/A	N/A	San Carlos	TI	3782650653	8°	13	F	M	H	No	Sp	Cr	No Tiene	No Tiene	Norquis Arrieta
Sebastian Aguilar	N/A	N/A	San carlos	TI	1071356496	6°	11	M	H	H	No	Sp	Cr	3205299266	No Tiene	Sebastian aguilar
Jeferson Ramos	N/A	N/A	San Carlos	TI	1041410445	6°	11	M	H	H	No	Sp	Cr	3137608067	No Tiene	Jefferson ramos
Juanol Barreras	N/A	N/A	San carlos	TI	1071355566	6°	13	M	H	H	No	Sp	Cr	No Tiene	No Tiene	Juan Diego
Julio Barrera	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071353126	6°	13	M	H	H	No	Sp	Cr	3008791653	No Tiene	Julio cesar

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: (Capacitación, Asistencia Técnica, Socialización)	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
	Estilo de Vida Saludable.	Jor. de Actividad Física	23.05.2025	08:00 AM	10:00 AM	I.E. San Miguel 7-2

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICION DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Edieder Bermudez B	N/A	N/A	San Carlos	TI	42402226	Sec	14	M	H	H	NO	SPE	Cr	No Tiene	No Tiene	Edieder Bermudez
Tatiana ortega luna	N/A	N/A	San carlos	TI	1065002821	Sec	13	F	M	H	NO	SPE	Cr	No Tiene	3128754970	Thatiana Luna
Marina Gorman	N/A	N/A	San carlos	TI	1075155999	Sec	12	F	M	A	NO	SPE	Cr	No Tiene	No Tiene	Marina Guzman
Juan negrete.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1081356378	Sec	12	M	H	H	No	SPE	Cr	No Tiene	3226896983	Juan Diego
Glexner Avila	N/A	N/A	San carlos	TI	1071355853	Sec	16	M	H	H	NO	SPE	Cr	No Tiene	No Tiene	Glexner avila
nilson Avila.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071355852	Sec	16	M	H	H	No	SPE	Cr	No Tiene	No Tiene	nilson avila
Maria Jaramillo	N/A	N/A	San carlos	TI	1071353888	Sec	17	F	M	H	NO	SPE	Cr	No Tiene	No Tiene	Maria Jaramillo
Angel Sanchez	N/A	N/A	San carlos	TI	1071358170	Sec	14	M	H	H	NO	SPE	Cr	No Tiene	No Tiene	Angel Sanchez

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

JORNADA No. 3

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornada de Promoción de la Actividad Física y Estilos de Vida Saludables en Entornos Educativos Rurales
LUGAR	I.E. San Miguel
FECHA	05-06-2025
POBLACION INTERVENIDA	Estudiantes del Grado 6-2









E.S.E HOSPITAL SAN FRANCISCO — DONDE EL TRABAJO SE CONVIERTE EN VIDA	**ACTA DE CONCERTACIÓN** **CONVENIO INTERADMINISTRTIVO No. SS-009-2025**	OMNIA SUNT PER IPSUM FACTA — GOBERNACIÓN DE **CÓRDOBA**

ACTA DE CONCERTACIÓN DE ACTIVIDADES

El día 03 del mes Junio del año 2025 se reunieron Marlyn Z. Ustariz Echeverry, representante de la ESE Hospital San Francisco de Ciénaga de Oro y Elder cheverl Reboll o representante de la I E San miguel de la zona RURAL del municipio de San carlos con el objetivo de realizar la concertación de las actividades definidas en el convenio de prestación de servicios N° SS-009-2025 celebrado entre la ESE Hospital San Francisco y la Gobernación de Córdoba.

Las actividades a concertar son las siguientes:

Actividad Propuesta	Eje/ Dimensión	Fecha Propuesta	Necesidad de Apoyo Logístico	Necesidad de Talento Humano	Observaciones
-se realiza charla de sensibilización sobre los beneficios de la actividad fisica para la salud y de condiciones de estilos de vida saludable - se realizo estiramiento, juegos ludico recreativo -Finalizamos con circuito Deportivo aros, cuerdas y balones.	Atención Primaria en salud	05 Junio 2025	Agua	Licenciada en Educación fisica Recreación y deportes	

Se da por terminada la reunión con la firma de los participantes:

Nombre:	Elder cheverl Reboll o	Nombre:	Marlyn Yuley Ustariz Echeverry
Cedula de ciudadanía:	1100102 4	Cedula de ciudadanía:	1068664075
Entidad:	I E San miguel	Entidad:	ESE San Francisco
Numero de contacto	3003344073	Numero de contacto	3045274217
Firma:	Elder cheverl Reboll o	Firma:	Marlyn Z. Ustariz E.

GOBERNACIÓN DE CÓRDOBA	FORMATO	VERSIÓN: 02	E.S.E. HOSPITAL SAN FRANCISCO
	ACTA DE REUNIONES SALUD PUBLICA	FECHA: 15-08-2012	
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA SALUD	PÁGINA 1 DE 1	

ACTA DE REUNIÓN

Lugar: I E San miguel	Hora de Inicio: 8:00 am
Fecha 05/06/2025	Hora de Finalización: 10:00am

Objetivo(s) de la Reunión

Socializar actividades para reducir la prevalencia de enfermedades cronicas no transmisibles; como se puede prevenir, la importancia de hacer ejercicio practicar un deporte y comer saludable.

Desarrollo de la Reunión

Se realizo charla con los estudiantes sobre los habitos y estilo de vida saludable, la importancia de hacer ejercicio y practicar un deporte para prevenir las enfermedades cronicas no transmisibles. se realizo calentamiento, estiramiento para realizar circuito deportivo, carreras por le relevo, saltando la cuerda, vuelta a la calma e hidratación.

Conclusiones

terminamos la actividad realizando preguntas sobre cuales son las enfermedades cronicas no transmisible ¿como se pueden evitar? ¿por que es bueno hacer ejercicio? las cuales respondieron muy asertivamente.

Recomendaciones

los estudiantes, docentes y padres de familia nos recomiendan, seguir realizando estas actividades ya que son importantes en la vida de sus hijos ya que aprovechan el tiempo libio en la recreación.

Responsables de la Actividad

Marlyn Zuley Vertel Echeverry.
I. Educación Fisica

CERTIFICACIÓN

A QUIEN INTERESE:

Yo, Elderchevel rebollo, identificado con la Cédula de Ciudadanía N° 11001624, en Representación del IE San miguel, certifico que la ESE HOSPITAL SAN FRANCISCO DE CIENAGA DE ORO, realizó charla de sensibilización sobre los beneficios de la actividad física y actividad ludico recreativa, en un espacio público del municipio, garantizando seguridad e insumos para la actividad.

Para constancia se firma en San Luis a los 23 días del mes de Junio del 2025.

FIRMA: Elder Chevel Rebollo

CEDULA DE CIUDADANÍA: 11001624

CELULAR: 3003344073

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic Plan de Intervenciones Colectivas en Salud — Gobernación de Córdoba	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	FECHA : 12/08/2024
		PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica, Otro, Cuál?	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Actividad Física	Jornada Educativa	05/06/2025	8:00am	10:00am	I E San miguel.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Melani Bustos.	N/A	N/A	San carlos	TI	1071356557	Pri	11	F	M	A	No	Spe	CR	3245316143	No tiene	Melanis B.
Esley Ruiz Ruiz	N/A	N/A	San carlos	TI	1078140325	Pri	11	F	M	H	No	Spe	CR	No tiene	No tiene	Esther B.
Sharo Espitia	N/A	N/A	San carlos	TI	1148141496	Pri	11	F	M	H	No	Spe	CR	3046383882	No tiene	Sharol
Vanesa Caraballo.	N/A	N/A	San carlos	TI	1071356395	Pri	12	F	M	H	No	Spe	CR	No tiene	No tiene	Vanesa C.
Mirella Picos.	N/A	N/A	San carlos	TI	1071356612	Pri	11	F	M	H	No	Spe	CR	3148971281	No tiene	mirega
Tatiana Pacheco.	N/A	N/A	San carlos	TI	1071357139	Pri	12	F	M	H	No	Spe	CR	No tiene	No tiene	Tatiana
Maria Vallejo.	N/A	N/A	San carlos	TI	1071356778	Pri	12	F	M	H	No	Spe	CR	No tiene	No tiene	Maria Vallejo
Miguel Jose Ramos	N/A	N/A	San carlos	TI	1071356342	Pri	11	M	H	H	No	Spe	CR	3101204641.	No tiene	Miguel Jose
Emanuel Morales	N/A	N/A	San carlos	TI	1071356890	Pri	10	M	H	H	No	Spe	CR	3189326351.	No tiene	EMANUEL MORALES
Elias Plata	N/A	N/A	San carlos	TI	1071356836	Pri	10	M	H	H	No	Spe	CR	No tiene	No tiene	Elias DAMIAN
Ronal Pacheco.	N/A	N/A	San carlos	TI	1071357027	Pri	11	M	H	H	No	Spe	CR	No tiene	No tiene	Ronal Pacheco
Santia Pacheco	N/A	N/A	San carlos	TI	1066742493	Pri	12	M	H	H	No	Spe	CR	No tiene.	No tiene	Santiq Pacheco

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

	FORMATO	CÓDIGO: GMP-P4-F6
pic	LISTADO DE ASISTENCIA EXTERNO	VERSIÓN: 01
		FECHA : 12/08/2024
	PROCESO DE GESTIÓN DE LA MEJORA CONTINUA Y PLANIFICACIÓN DEL SIG	PAGINA: 1 de 1

SECRETARÍA / DEPENDENCIA:	TEMA:	TIPO DE EVENTO: Capacitación, Asistencia técnica,	FECHA:	HORA INICIO:	HORA FIN:	LUGAR:
CRUE	Actividad Física	Jornada	05/06/2025	8:00am	10:00am	I.E San Miguel.

NOMBRES Y APELLIDOS	ENTIDAD / ORGANIZACIÓN	CARGO	MUNICIPIO	TIPO DE DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	NIVEL DE ESCOLARIDAD	EDAD	SEXO	GENERO	ORIENTACIÓN SEXUAL	CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD	GRUPO ÉTNICO	OTRAS CONDICIONES	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA
Deimer Pacheco P.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1068669843	PRI	11	M	H	H	No	SPE	CR	No tiene	No tiene	Deimer Pacheco
Jhon Alejandro Angulo.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356387	PRI	11	M	H	H	No	SPE	CR	No tiene	No tiene	Jhon Angulo
Jaiwin. Osorio.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1065002226	PRI	13	M	H	H	No	SPE	CR	No tiene	No tiene	Jaiwin osorio
Javier Gamero plaza	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071355689	PRI	13	M	H	H	No	SPE	CR	3148001599	No tiene	Javier gamero
Daniel jose pacheco	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071355688	PRI	13	M	H	H	No	SPE	CR	3205298565	No tiene	Daniel José
Leidy avila	N/A	N/A	San Carlos	TI	1062588631	PRI	12	F	M	H	No	SPE	CR	3150056251	No tiene	Leidy Avila.
Jhanor orango gomez.	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071355934	PRI	12	M	M	A	No	SPE	CR	No tiene	No tiene	Jhanor orango
Jesus Vallejo Gomez	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356482	PRI	11	M	M	H	No	SPE	CR	3137078961	No tiene	Jesus adrian
maria Velez Medellin	N/A	N/A	San Carlos	TI	1071356728	PRI	11	F	M	H	No	SPE	CR	3014180701	No tiene	María angel

Nivel de escolaridad:
SIN: Sin nivel de escolaridad PRI: Primaria SEC: Secundaria MED: Media TYT: Técnico o Tecnológico PRO: Profesional MAE: Maestría DOC: Doctorado POS: Posdoctorado MAS: Maestro o Sabedor

Sexo: M: Masculino F: Femenino I: Intersexual
Género: H: Hombre M: Mujer T: Trans
Orientación sexual: H: Heterosexual L: Lesbiana G: Gay B: Bisexual TG: Transgénero Q: Queer TS: Transexual +: Otro A: Asexual

Tipo de documento: CC: Cédula TI: Tarjeta de identidad CE: Cédula de extranjería
Condición de discapacidad:
AUD: Auditiva FIS: Física INT: Intelectual VIS: Visual SCE: Sordoceguera PSI: Psicosocial MUL: Múltiple

Grupo étnico: N: Negro A: Afrodescendiente R: Raizal P: Palenquero IND: Indígena PMGI: Población migrante irregular PMGR: Población migrante regular ROM: Pueblo Rrom SPE: Sin pertinencia étnica

Otras condiciones Sociales: CR: Comunidad Rural; CU: Comunidad Urbana; VICA: Persona Víctima del Conflicto Armado; PHCLL: Persona Habitante de Calle; PEP: Persona en ejercicio de la prostitución; PPL: Persona Privada de la Libertad; PEX: Población Excombatiente; MG: Mujeres Gestantes; CH: Madres o padres Cabeza de Hogar

ACTIVIDAD 1.20

(Microterritorio Urbano)

Organizar en el micro territorio urbano un evento mensual en el que se realicen mediciones de peso, toma de presión arterial, toma de glucometría, índice de masa corporal (IMC) y test de Snellen, previo a esto se debe dar una charla sobre la importancia de los hábitos saludables y los impactos de las condiciones no transmisibles en la calidad de vida. En caso de encontrar un resultado anormal, remitir el usuario a las ESE del municipio para su atención.

Nombre de la actividad:

Jornadas Mensuales de Tamizaje y Promoción de Hábitos Saludables en el Microterritorio Urbano

Objetivo:

Realizar eventos mensuales comunitarios para el tamizaje de factores de riesgo relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), promover hábitos de vida saludables y remitir oportunamente a las personas con hallazgos alterados a las ESE del municipio.

Población intervenida:
Población general del microterritorio urbano, prioridad a personas mayores de 18 años.

ITEM	FECHA	LUGAR (BARRIO, VEREDA O SITIO)	NUMERO DE PERSONAS	GENERO		RANGO DE EDAD					
				F	M	0 - 5	6-11	12-17	18-28	29-59	>60
1	22-05-2025	Castilleral	15	13	2	0	0	1	1	6	7
2	02-06-2025	Castilleral	24	23	1	0	0	0	6	16	2
3											
TOTAL			39	36	3	0	0	1	7	22	9

Desarrollo de la actividad
Previo a la actividad se Coordinó con líderes comunitarios, juntas de acción comunal o instituciones locales, la fecha y día de las jornadas. El día de la jornada se realizó chala educativa en donse se trataron los siguientes temas: Impacto de las enfermedades crónicas como la hipertensión, diabetes, obesidad y trastornos visuales. Importancia del control del peso, alimentación balanceada, ejercicio regular, descanso adecuado y control médico. Promoción de estilos de vida saludables desde el hogar.

Tamizaje de factores de riesgo:

Se realizarán las siguientes mediciones, con registro en formato individual:

- Peso y talla: para cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC).
- Toma de presión arterial.
- Glucometría capilar (ayuno o aleatoria, según disponibilidad).
- Test de Snellen (agudeza visual).

Interpretación y orientación:

- Explicación de los resultados a cada usuario.
- Consejos prácticos en caso de resultados normales.
- Remisión inmediata a la ESE municipal si se identifican resultados fuera del rango normal (hipertensión, hiperglucemia, obesidad severa, problemas visuales, etc.).

Requerimientos:

Personal capacitado en toma de signos vitales y tamizajes (auxiliar/enfermero).
Tensiómetro
Fonendoscopio
Balanza
Glucómetro
ALGODÓN TORUNDAS BOLSA X 500 g
Alcohol CANECA X 350 ML
Tabla de snellen
Hojas de remisión Formatos con las siguientes especificaciones: Impresos en hoja de papel bond, tamaño 22 cms x 34 cms a dos tintas
Lancetas x 50 und
Tirillas de glucometría caja x 50 und
Guardián de 1 lt
Rotafolio, en papel propalcote 200 grs, 10 hojas, full color, tamaño CARTA, impreso a dos caras, soporte en trípode en cartón maule, argollado doble.

Conclusión:

Estas jornadas mensuales permiten acercar los servicios de salud a la comunidad urbana, detectar precozmente factores de riesgo relacionados con enfermedades crónicas y fortalecer la adopción de hábitos saludables. La detección oportuna acompañada de remisión facilita una intervención temprana, mejorando la calidad de vida de las personas y reduciendo la carga sobre el sistema de salud.

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

JORNADA No. 1

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	Jornadas Mensuales de Tamizaje y Promoción de Hábitos Saludables en el Microterritorio Urbano
LUGAR	Castilleral
FECHA	22-05-2025
POBLACION INTERVENIDA	Población general del microterritorio urbano.








pic
¡CUIDA TU VIDA Y TU ENTORNO!