



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



SECRETARIA DE SALUD

ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha: 21-07-2025	Hora: 09:30 am
Comunidad: La Victoria	Operador PIC: Wayuu Talatshi

En Cumplimiento a la Sentencia T – 302 DE 2017, Auto 696 de 2022 y Auto 274 de 2023, el Ente Municipal por medio del Funcionario (a) Tania Martínez del plan de salud de intervenciones colectivas PIC se dirige al Líder y/o Autoridad Tradicional de la Comunidad La Victoria, Ubicada en territorio CMS, micro territorio D3, con el fin de concertar el ingreso a su comunidad para desarrollar actividades de gestión del riesgo y promoción de la salud, tales como la actividad mencionada a continuación:

Una Tornado de Desparasitación Antihelmíntica.

esta actividad en mención será llevada a cabo a los 22 días del mes de Julio del 2025, en el municipio de Maicao, la Guajira.

YO Clara Pascoal, identificada con el Tipo y N° de Documento 52-138-981 de Líder y/o Autoridad Tradicional de la Comunidad La Victoria permito la entrada a la comunidad para que realicen las diferentes actividades.

FIRMA DEL LIDER

[Firma]

Teléfono: 3016496366



Huella

FIRMA DEL FUNCIONARIO:

Tania Martínez

Nombre y Apellidos: Tania Martínez Sols

Cargo: Promotor

Firma: Tania Martínez



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2025

ACTA N°: 21		FECHA: 22-07-25	
ID DE LA ACTIVIDAD: 326			
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA		MUNICIPIO: MAICAO	
LUGAR: 7 comunas Mt: 03 Barrio: la victoria		HORA INICIO: 08:00 Am	HORA TERMINACION: 11:30
NOMBRE DEL EJE: Pueblos y comunidades Genero - Diversidades Condiciones y Situaciones			
NOMBRE DE LA PRIORIDAD: Vida saludable y enfermedades Transmisibles			
RESPONSABLE: Luis Contreras			

NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1. Luis Eduardo Contreras	Medico	Pic
2. Tania Martinez Solis	Promotora Salud	Pic
3. Yohenis Mena	Aux Enf	Pic
4. Luz Sibeth Guerrero	Aux Enf	Pic
5. Lanyes Mejia	Enfermera	Pic
6.		
7.		

OBJETIVO:	Promover el cuidado de la salud y el bienestar de nuestros niños niñas y adolescentes mediante la desparasitación
-----------	---



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1. ASISTENCIA TECNICA()	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA()	3. VISITAS DE INSPECCION()
4. CAPACITACION()	5. REUNION()	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO()
7. OTROS(X) Casa a Casa		

ORDEN DEL DIA / AGENDA

Oracion a DIOS

Presentación

Desparasitación

Despedida

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES

En el día de Hoy el plan de Intervenciones Colectivas PIC, en articulación con la Secretaría de Salud se dirige al Tº Comuna 5 MTº 03 Barrio la Victoria, en donde la presidente la Señora Clara Pascual nos cede un espacio para realizar una socialización sobre desparasitación antihelmíntica. Iniciamos la actividad informando y explicando quienes somos y que llevaremos una jornada de desparasitación



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

682

SECRETARIA DE SALUD

a niños de 1 a 14 años de edad. Explicando que los parásitos son seres vivos que se alimentan dentro de otro ser vivo llegando a debilitar al organismo, que afecta a los niños de manera significativamente en su rendimiento ya que los parásitos enferman y debilitan la capacidad de aprender, retrasando la comprensión y sumando a eso debilita al niño o al joven, se dan recomendaciones indicando que todo niño debe tener una alimentación balanceada, que contengan nutrientes necesarios que le permitan rendir en su diario vivir, se le hace entrega de los desparasitantes a las mamitas de los niños, dándoles indicaciones de la forma como administrarlo especificando que debe ser en ayuno, y en caso de no poder tragar la pastilla, se puede masticar o diluir en agua o jugo.

Se explica a sí mismo que se debe desparasitar cada 6 meses, se les agradece por su asistencia y participación al momento de finalizar la actividad.



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONCLUSIONES

se les brinda la información al personal asistente donde se les informo y explico la importancia de desparasitar y cada cuanto deben hacerlo para así prevenir enfermedades

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
Clara Pascoales	3016496366	Presidenta	Clara Pascoales
2. Jus Edgardo Contreras	3023882631	Alfama	Jus Edgardo Contreras
3. Carlos Mejia	3043533710	Centenario	Carlos Mejia
4. Tania Martinez	3015331772	Promotora	Tania Martinez
5. Johans Riquelme	3005869977	Aux E	Johans Riquelme
6. Jusbeth Guerra	3243960972	Aux E	Jusbeth Guerra
7.			
8.			
9.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA:

Tania Martinez



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

FORMATO DE DESPARASITACION

FECHA: 22-07-25

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	N° DE DOCUMENTO	T Y MT	EPS/IPS	ETNIA-RAZA		TELEFONO	FIRMA
							IND	OTROS		
1	José Saray Sarmiento	F	6	1.124.081.552	la Victoria	Familiar Colombia		✓	3014585999	Yovis Brito
2	Ashely Vizcaino	F	10	1.121.547.048	la Victoria	Familiar Colombia		✓	3006298352	Betsy Plata
3	Emmanuel Teheran	M	3	1.124.092.174	la Victoria	Capu copi		✓	3207662940	x y o i g a l u k l
4	Arche Teheran	M	2	1175721176	la Victoria	Capu copi		✓	3207662940	tp 1 a d d u l 2
5	Sebastian Cuballero	M	7	1225083926	la Victoria	Amos Wayuu		✓	3006904304	x Sofia Olivero
6	Jahmar gozmen	M	12	1121545060	la Victoria	Amos Wayuu		✓	3156075476	x Gleiber Esala
7	Jaleinnys guzman	F	9	1121548777	la Victoria	Amos Wayuu		✓	3156075476	x Gleiber Esala
8	Jalians guzman	F	3	1121563014	la Victoria	Nueva EPS		✓	3156075476	x Gleiber Esala
9	Johan Melgarejo	M	13	1121541794	la Victoria	Capu copi		✓	3147443510	x Jeyus B
10	Hillary Durante	F	14	1.124.085083	la Victoria	Capu copi		✓	3147443510	x Jeyus B



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

685

FORMATO DE DESPARASITACION

FECHA: 22-07-25

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	N° DE DOCUMENTO	T Y MT	EPS/IPS	ETNIA-RAZA		TELEFONO	FIRMA
							IND	OTROS		
1	Costodia Baños	F	3	1123456789	19 victoria	A.W.			No tiene	Claudia Perez
2	Marile paula mendoza	F	9	1124685789	19 victoria	A.W.		✓	3116561219	M. Parra
3	Eiler Maestre villa	M	8	1121552859	19 victoria	A.W.		✓	3013667904	Audrey
4	Jose Maestre florez	M	3	1124090226	19 victoria	N.E.P.S		✓	3013667904	Carmen Florez A.
5	Elizabeth Ariza	F	10	1048081530	19 victoria	A.W.		✓	3103682255	Estelita
6	Jazel Romero	M	1	1254658449	19 victoria	A.W.		✓	3007475315	Miguel Romero
7	Leonard Duarte	M	11	1124061065	19 victoria	Copa Copa		✓	9147443510	Ignacio R
8										
9										
10										



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9

INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



686
PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

REGISTRO FOTOGRAFICO

ACTIVIDAD N°: ID-326	Territorio: Comuna 5
Código Cup: I30204	Entorno: Comunitario
Fecha de ejecución: 22/07/2025	Microterritorio/Comunidad: MT03 La Victoria
 <p>22 jul 2025 9:12:18 a. m. # 5-82 Calle 13 A Maicao La Guajira</p>	 <p>22 jul 2025 8:54:11 a. m. # 5-30 Calle 13 A Maicao La Guajira</p>
 <p>22 jul 2025 9:05:23 a. m. # 5-68 Calle 13 A Maicao La Guajira</p>	 <p>22 jul 2025 9:07:27 a. m. # 5-68 Calle 13 A Maicao La Guajira</p>

Carrera 15 # 5 - 41 Barrio Boscán - Maicao - La Guajira
Teléfono 7255976- 7250252 Cel. 301 3947153 – 304 6242909
Pag Web: www.ipsiwayuutalatshi.com - E-mail: picmaicao2024@gmail.com



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



687
PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha: 22-07-2025	Hora: 10:15 am
Comunidad: Luisa Perez	Operador PIC: Wayuu Talatshi

En Cumplimiento a la Sentencia T – 302 DE 2017, Auto 696 de 2022 y Auto 274 de 2023, el Ente Municipal por medio del Funcionario (a) Tania Martinez del plan de salud de intervenciones colectivas PIC se dirige al Líder y/o Autoridad Tradicional de la Comunidad Luisa Perez, Ubicada en territorio ____, micro territorio ____, con el fin de concertar el ingreso a su comunidad para desarrollar actividades de gestión del riesgo y promoción de la salud, tales como la actividad mencionada a continuación:
Una jornada de Desparasitación antihelmín-tica,

esta actividad en mención será llevada a cabo a los 23 días del mes de Julio del 2025, en el municipio de Maicao, la Guajira.

YO Thais Peraza, identificada con el Tipo y N° de Documento _____ de Líder y/o Autoridad Tradicional de la Comunidad Luisa Perez permito la entrada a la comunidad para que realicen las diferentes actividades.

FIRMA DEL LIDER

[Firma]



Huella

Teléfono: 3011408739

FIRMA DEL FUNCIONARIO:

Tania Martinez

Nombre y Apellidos: Tania Martinez Solis

Cargo: Promotora

Firma: Tania Martinez



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2025

ACTA N°: 22	FECHA: 23/07/25
ID DE LA ACTIVIDAD: 326	
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA	MUNICIPIO: MAICAO
LUGAR: T Comuna 4 Ht 4 Luis Perez	HORA INICIO: 2:30. HORA TERMINACION: 4:30.
NOMBRE DEL EJE: Pueblos y Comunidades Ganas - Diversidades, Londrinos y Situan	
NOMBRE DE LA PRIORIDAD: Vida Saludable y Enfermedades Transmisible	
RESPONSABLE:	

NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1. Luis Eduardo Contreras	Hedro	pic
2. Carlos Hefru	Entomenu	pic
3. Torru Harkinez	Pomobuu	pic
4. Yohens Meno	Aux	pic
5. Lisbeth Quemenu	Aux	pic
6.		
7.		

OBJETIVO:	Promover el Cuidado de la Salud y el bienestar de nuestros niños, niñas, y adolescentes mediante la Desparasitación
-----------	---



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1. ASISTENCIA TECNICA()	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA()	3. VISITAS DE INSPECCION()
4. CAPACITACION()	5. REUNION(✓)	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO()
7. OTROS()		

ORDEN DEL DIA / AGENDA

Oracion a Dios
presentacion
Desparasitacion
Despedida

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES

En el día de hoy el plan de intervenciones colectivas "PIC" en articulación con la secretaria de salud se dirige a T: comuna 4 M+4 Barrio: Luisa perez, en donde su Vicepresidente la señora thais peraza nos cede un espacio para realizar una Socialización Sobre Desparasitacion antihelmintica.

Iniciamos la actividad informado explicando Quienes



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

690

SECRETARIA DE SALUD

Somos y que llevaremos una jornada de desparasitación a niños de 1 a 14 años de edad explicando que los parásitos son seres vivos que se alimentan dentro de otro ser vivo llegando a debilitar el organismo, que afecta a los niños de manera significativamente en su rendimiento ya que los parásitos enferman y debilitan la capacidad de aprender, retrasando la comprensión y sumando a eso debilita al niño o al joven, se dan recomendaciones indicando que todo niño debe tener una alimentación balanceada que contengan nutrientes necesarios que le permitan rendir en su diario vivir, se le hace entrega de los desparasitantes a las mamitas de los niños, dándoles indicaciones de la forma como administrarlo especificando que debe ser en ayuno y en caso de no poder tragar la pastillas, se puede masticar o diluir en agua o jugo.

Se explica a sí mismo que se debe desparasitar cada 6 meses, se les agradece por su asistencia y participación al momento de finalizar la actividad.



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONCLUSIONES

Se les brinda la informacion al personal asistente donde se les informa y explica la importancia de desparasitar y cada cuanto deben hacerlo para aso. prevenir enfermedades

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
1. <i>Thais Peraza</i>	<i>3011468739</i>	<i>Vicepresidente</i>	<i>[Signature]</i>
2. <i>Luis Contreras</i>	<i>3023882631</i>	<i>Médico</i>	<i>[Signature]</i>
3. <i>Tania Martinez</i>	<i>3015331772</i>	<i>Promotora</i>	<i>[Signature]</i>
4. <i>Yohenis Mena</i>	<i>3005869977</i>	<i>Aux Enf.</i>	<i>[Signature]</i>
5. <i>Larissa Mejia</i>	<i>3043553710</i>	<i>Enfermera</i>	<i>[Signature]</i>
6. <i>Luz Sibeth Guerrero</i>	<i>3243960972</i>	<i>Auxi Enf</i>	<i>[Signature]</i>
7.			
8.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA:

Tania Martinez



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

FORMATO DE DESPARASITACION

FECHA: 23/07/25

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	N° DE DOCUMENTO	T Y MT	EPS/IPS	ETNIA-RAZA		TELEFONO	FIRMA
							IND	OTROS		
1	Katlen Jimenez	F	8	1225083662	Jesús Pérez	Amor wayu	✓		8005419343	X Solsofiac
2	Kayooth Jimenez	F	5	1121560135	Jesús Pérez	Amor wayu	✓		8005419343	X Solsofiac
3	Sonia Jimenez Gargel	F	12	1124053892	Jesús Pérez	Amor wayu	✓		3005419343	X Solsofiac
4	Juan Jimenez Gargel	M	14	1124042119	Jesús Pérez	Amor wayu	✓		8005419343	X Solsofiac
5	Jose Jimenez Gargel	M	14	1124042771	Jesús Pérez	Amor wayu	✓		8005419343	X Solsofiac
6	Reiter Alvarez	M	2	1243541514	Jesús Pérez	Amor wayu		✓	3017238264	X Sumbel
7	Mara. Isabella Hernandez	F	5	1121537432	Jesús Pérez	Cofe copr		✓	3017238264	X Sumbel
8	Samuel Hernandez	M	2	1121563708	Jesús Pérez	Cofe copr		✓	3017238264	X Sumbel
9	Mara Martinez	F	2	1121550004	Jesús Pérez	Cofe copr		✓	3017238264	X Sumbel
10	Dilan Medina	M	10	1121548224	Jesús Pérez	Amor wayu		✓	8008716677	X Kuchinjer



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

FORMATO DE DESPARASITACION

FECHA: 23/07/25

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	N° DE DOCUMENTO	T Y MT	EPS/IPS	ETNIA-RAZA		TELEFONO	FIRMA
							IND	OTROS		
1	Lisandro Orúna	9	M	1.151.467.143	Indígena Wayuu	Amas Wayuu	✓		3204790576	x
2	Valentina Orúna	11	F	1.151.467.142	Indígena Wayuu	Amas Wayuu	✓		3204790576	Valentina Orúna
3	Alexander Orúna	4	M	1243538081	Indígena Wayuu	DSK	✓		3 No tiene	
4	Marta Orúna	2	F	1243541241	Indígena Wayuu	DSK	✓		No tiene	
5	Yamir Terrández	2	M	1175720545	Indígena Wayuu	Familiar d Colombia		✓	3206275868	xManherks
6	Fredy Josayo	6	M	1124.092.394	Indígena Wayuu	Amas Co.	✓		3164485550	xBETTY
7	Jaime Salas	9	M	6026405	Indígena Wayuu	Familiar C	✓		3164485550	xBETTY
8	Oriana Ortiz	8	F	1124076052	Indígena Wayuu	DSK		✓	3022438023	xMarcelina
9	Hana Reyes	1	F	1251908041	Indígena Wayuu	DSK		✓	3022438023	xMarcelina
10	Marbeth Ortiz	7	F	112155816	Indígena Wayuu	DSK			302248023	xMarcelina



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

FORMATO DE DESPARASITACION

FECHA: 23/07/25

	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	EDAD	N° DE DOCUMENTO	T Y MT	EPS/IPS	ETNIA-RAZA		TELEFONO	FIRMA
							IND	OTROS		
1	Deyler Medina	M	3	1225087117	luis perez	Anas wayu		✓	8008716677	x Katia fern
2	Adriana Weber Igoun	F	5	1175718445	luis perez	Anas wayu	✓		3222033665	x
3	Publio Forthing	M	1	1124097099	luis perez	Anas wayu	✓		3222033665	x
4	Alexandra Marting	F	4	1243538258	luis perez	Anas wayu	✓		3222033665	x
5	Ronny Payares	M	5	1121561194	luis perez	Nepo.		✓	3117343078	x RONALD
6	Valeria Sierra mansuluo	F	11	1043180896	luis perez	Sonideel		✓	3117343078	x RONALD
7	Katty mansuluo	F	5	1129578411	luis perez	Anas wayu			3117343078	x RONALD
8	Alvaro Sierra	M	12	1047053338	luis perez	Sonideel			3117343078	x RONALD
9										
10										



MUNICIPIO DE MAICAO
Nit. 892.120.020-9

INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

REGISTRO FOTOGRAFICO

ACTIVIDAD N°: ID-326	Territorio: Comuna 4
Código Cup: I30004	Entorno: Comunitario
Fecha de ejecución: 23/07/2025	Microterritorio/Comunidad: MT03-Luisa Pérez



Carrera 15 # 5 - 41 Barrio Boscán - Maicao - La Guajira
Teléfono 7255976- 7250252 Cel. 301 3947153 – 304 6242909
Pag Web: www.ipsiwayuutalatshi.com - E-mail: picmaicao2024@gmail.com

**EBS N° 5 – PUEBLOS Y
COMUNIDADES ETNICAS Y
CAMPELINAS, MUJERES, SECTORES
LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES
POR CONDICION Y/O SITUACION.**

ID DE LA ACTIVIDAD - 329

**REALIZAR TRES (3) JORNADAS DE
ATENCIÓN EN ZONAS ABIERTAS URBANAS
PRIORIZADAS EN EL MUNICIPIO DE MAICAO,
CON ENFOQUE DIFERENCIAL, DIRIGIDAS A
LA POBLACIÓN CIRCUNDANTE, DONDE SE
REALICE TAMIZAJE PARA ITS, MEDIANTE
EDUCACIÓN A TRAVÉS DE FOLLETOS Y
VOLANTES, Y REALIZACIÓN VOLUNTARIA DE
PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH Y HEPATITIS B,
QUE INCLUYA LA CAPTACIÓN Y
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN
INTERVENIDA.**



4.6ID ACTIVIDAD 329:

Realizar tres (3) jornadas de atención en zonas abiertas urbanas priorizadas en el municipio de Maicao, con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B, que incluya la captación y caracterización de la población intervenida.

4.6.1 PRIORIDAD: SEXUALIDAD Y DERECHOS SEXUALES REPRODUCTIVOS

4.6.2 DATOS INFORMATIVOS

CODIGO CUPS	I11206
FECHA	04/07/2025
TERRITORIO	Comuna 4
MICROTERRITORIO	MT:04
BARRIO O COMUNIDAD INDIGENA	Cristo Vive
NÚMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS (Según anexo técnico)	(3) jornadas de atención
NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	1 jornada realizada en el mes de julio, 1 jornada realizada en el mes de mayo
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	3 horas
ENTORNO	Comunitario
POBLACIÓN OBJETO (Según anexo técnico)	360
POBLACIÓN INTERVENIDA* MES	MAYO: 100
	JULIO: 120
INDICADOR DE PRODUCTO	<i>Resultado de lo que se hizo:</i> $220 / 360 * 100 = 61,11\%$
INDICADOR DE RESULTADO	<i>N° de personas intervenidas con mejora en conocimientos / N° de personas programadas) × 100</i>



	220/360 *100= 61.11%
INDICADOR DE INTERVENCIONES	<i>Número de Intervenciones Realizadas / Número de Intervenciones Programadas * 100</i> $2 / 3 * 100 = 66,66\%$

4.6.3 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

En el marco del componente de prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se llevó a cabo una jornada integral de tamizaje y sensibilización comunitaria, orientada a la educación, detección temprana y caracterización de la población en riesgo, con el propósito de identificar factores asociados a la transmisión de VIH y Hepatitis B.

Se concertó con la autoridad del barrio cristo vive Shirley Barboza el primero de julio del presente año para posteriormente realización de la actividad el día 4 de julio, La actividad se desarrolló con el apoyo y colaboración de líderes comunitarios, quienes facilitaron un espacio adecuado para la realización de las acciones. Durante la jornada, se implementó una estrategia educativa mediante la entrega de folletos y volantes informativos, acompañada de charlas participativas sobre medidas de prevención, prácticas sexuales seguras, uso correcto del preservativo y rutas de atención disponibles en el municipio.

Posteriormente, se llevó a cabo la aplicación voluntaria de pruebas rápidas para VIH y Hepatitis B, garantizando un entorno de confidencialidad, respeto y enfoque diferencial. A cada persona tamizada se le realizó una breve caracterización socio-demográfica, con el fin de obtener datos relevantes como edad, sexo, antecedentes de salud, prácticas de riesgo y nivel de acceso a servicios sanitarios.

En el transcurso de la jornada no se identificaron casos positivos, sin embargo, se enfatizó la importancia de la detección periódica como herramienta clave para la prevención y control de las ITS. Asimismo, se brindó orientación individualizada a los asistentes sobre hábitos saludables, autocuidado y uso de métodos de barrera.

Se fomentó un ambiente de escucha activa y confianza, respetando el contexto cultural y las dinámicas propias de la comunidad, con el objetivo de fortalecer el empoderamiento individual y colectivo en materia de salud sexual.

La información recolectada será sistematizada y remitida al componente de gestión de la Secretaría de Salud Municipal, para su incorporación en las estrategias de seguimiento, referencia y fortalecimiento de las acciones de prevención y control de ITS en el territorio.



1. resultado del tamizaje.
2. Fortalecimiento del vínculo entre la comunidad y los servicios de salud sexual y reproductiva.
3. Mayor participación de la población en procesos de prevención, autocuidado y búsqueda de atención oportuna.

4.6.4 SISTEMA DE EVALUACION:

La actividad fue evaluada mediante la participación activa de jóvenes, adultos y comunidad en general, quienes manifestaron inquietudes sobre las infecciones de transmisión sexual, sus formas de prevención y la importancia del diagnóstico oportuno. Se promovió un espacio de reflexión sobre el autocuidado, la protección durante las relaciones sexuales y la reducción de estigmas hacia las personas con ITS.

Se aplicaron preguntas pedagógicas con el fin de reforzar los conocimientos básicos:

1. ¿Qué son las ITS?
R/: Son infecciones que se transmiten principalmente por contacto sexual sin protección, y pueden afectar tanto a hombres como a mujeres. Ejemplos: VIH, sífilis, gonorrea y hepatitis B.
2. ¿Cómo se pueden prevenir las ITS?
R/: Usando correctamente el preservativo en todas las relaciones sexuales, evitando compartir objetos cortopunzantes y realizando chequeos médicos periódicos.
3. ¿Por qué es importante realizarse pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B?
R/: Porque permiten detectar la infección de manera temprana, iniciar tratamiento oportuno y evitar complicaciones y transmisión a otras personas.
4. ¿A dónde acudir si se recibe un resultado positivo para alguna ITS?
R/: A la IPS o centro de salud más cercano, donde se garantiza atención integral, confidencial y gratuita, con activación de rutas de atención y acompañamiento.
5. ¿El VIH tiene cura?
R/: No, pero con tratamiento antirretroviral se puede controlar, mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de transmisión.

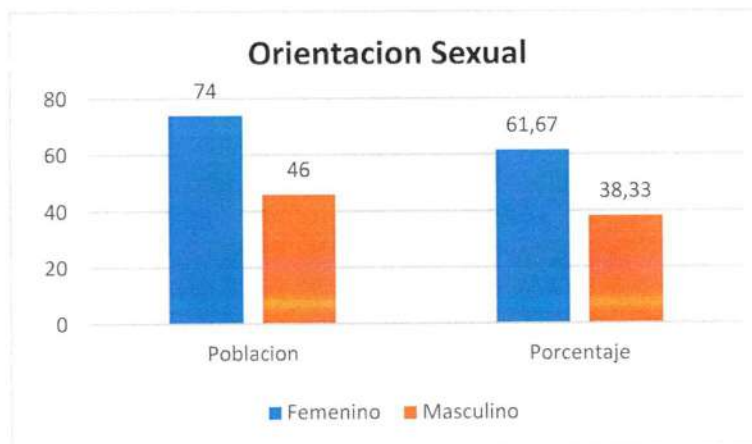


4.6.5 DESCRIPCIÓN DE TABLAS GRAFICOS Y ANALISIS

4.6.5.1 **TABLA 1.** Identificación de población por sexo, en las jornadas de atención con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B.

F	M
74	46
61%	38%

4.6.5.1.1 **GRAFICA 1.** Identificación de población por sexo, en las jornadas de atención con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B.



Durante la jornada de tamizaje para ITS, realizada por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en la Comuna 4, MT:04, Cristo Vive del municipio de Maicao, con enfoque integral y dirigida a la población circundante, donde se llevó a cabo educación a través de folletos y volantes, y la realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B, que incluyó la captación y caracterización de la población intervenida. Se contó con la participación de 120 personas en total,

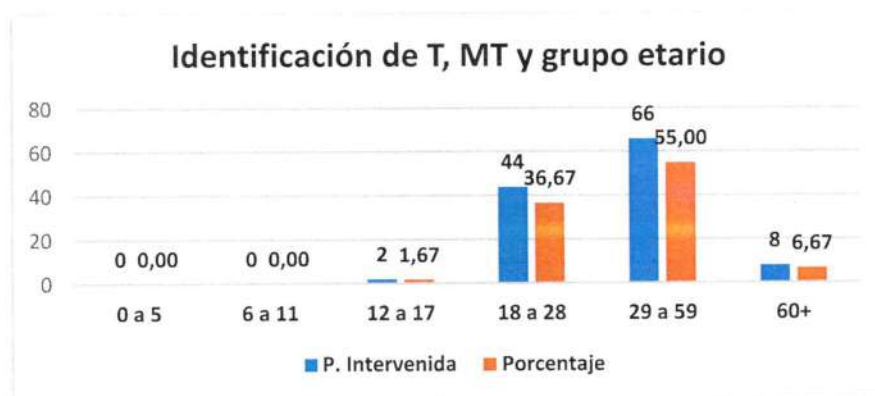


distribuidas por sexo de la siguiente manera: 74 mujeres que representan el 61,67% y 46 hombres que representan el 38,33% de la población total intervenida.

4.6.5.2 Tabla 2. Identificación de T, MT y grupo etario, en las jornadas de atención con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B.

TERRIT ORIO	MICROTE RITORIO (MT)	BARRIO /COMUNIDADES	N° PERSONAS INTERVENI DAS		0-5		6-- 11		12--17		18--28		29--59		60+	
CM4	04	CRISTO VIVE	120		0		0		2		44		66		8	
			F	M	0	0	0	0	2	0	25	19	41	25	6	2
TOTAL			120		0		0		2		44		66		8	

4.6.5.2.1 Grafica 2. Identificación de T, MT y grupo etario, en las jornadas de atención con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B.



Durante la jornada de tamizaje para ITS, realizada por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en la Comuna 4, MT 04, Cristo Vive del municipio de Maicao, con enfoque integral y dirigida a la población circundante, donde se llevó a cabo educación a través de folletos y volantes, y la realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B, que incluyó la captación y caracterización de la



población intervenida. En este territorio se registró una participación total de 120 personas, distribuidas en distintos rangos etarios.

La gráfica demuestra:

El grupo de adultos entre 29 a 59 años fue el más representativo, con la participación de 66 personas, lo que corresponde al 55,00% del total. Le sigue el grupo de jóvenes y adultos entre 18 a 28 años, con 44 personas, que representan el 36,67% de la población intervenida. Los adultos mayores de 60 años y más, participaron con 8 personas, constituyendo el 6,67%. Por último, el rango de edad de 12 a 17 años tuvo una participación de 2 personas, que representan el 1,67%. No se registró participación en los rangos de edad de 0 a 5 y 6 a 11 años.

4.6.5.3 TABLA 3. Identificación de población por régimen del SGSSS, en las jornadas de atención con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B.

SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	NO AFILIADO
120	0	0

4.6.5.3.1 GRAFICA 3. Identificación de población por régimen del SGSSS, en las jornadas de atención con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B.



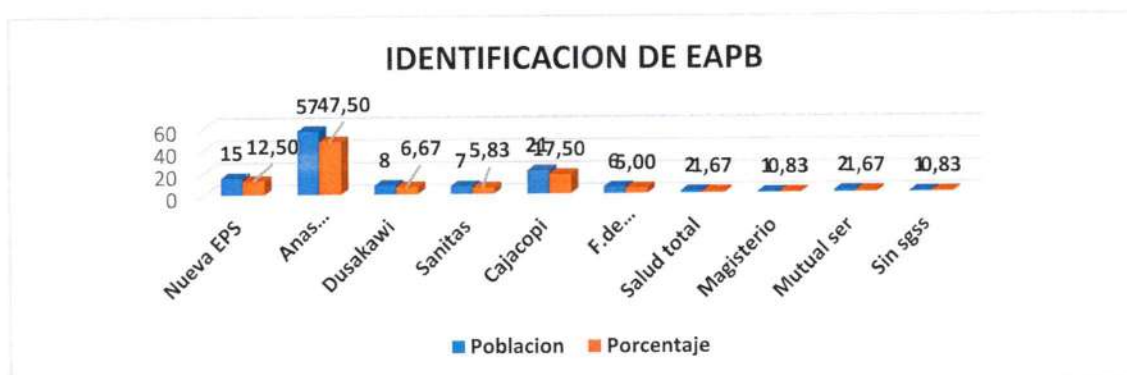


Durante la jornada de tamizaje para ITS, realizada por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en la Comuna 4, MT: 04, Cristo Vive del municipio de Maicao, con enfoque integral y dirigida a la población circundante, donde se llevó a cabo educación a través de folletos y volantes, y la realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B, que incluyó la captación y caracterización de la población intervenida, se evidenció información sobre el régimen de afiliación en salud de los 120 participantes. Según los datos obtenidos: 119 personas con un porcentaje del 99,17% pertenecen al régimen subsidiado. 1 persona, que corresponde al 0,83%, se encuentra sin afiliación. Ningún participante pertenece al régimen contributivo. Estos datos evidencian que la gran mayoría de la población beneficiada cuenta con apoyo del Estado para acceder a los servicios de salud.

4.6.5.4 TABLA 4. Identificación por EAPB, en las jornadas de atención con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B.

Nueva Eps	Anas Wayuu	Dusakawi	Sanitas	Cajacopi	Familiar de Colombia	Salud Total	Magisterio	Mutual Ser	Sin SGSS
15	57	8	7	21	6	2	1	2	1
12.5%	47.5%	6.6%	5.8%	17%	5%	1.6%	0.83%	1.67%	0.83%

4.6.5.4.1 Grafica 4. Población identificada por EAPB, en las jornadas de atención con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B.





Se evidencia en la gráfica que, durante la jornada de tamizaje para ITS realizada por el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en la Comuna 4, MT: 04, Cristo Vive del municipio de Maicao, se logró caracterizar a los 120 participantes según su afiliación a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Los datos muestran que la EAPB con mayor afiliación entre la población atendida es Anas Wayuu, con 57 personas, lo que representa el 47,50% del total. Le sigue Cajacopi con 21 personas, lo que constituye el 17,50%.

El resto de los participantes se encuentran distribuidos en otras EAPB de la siguiente manera: Nueva EPS cuenta con 15 afiliados (12,50%), Dusakawi con 8 afiliados (6,67%), Sanitas con 7 afiliados (5,83%) y Familiar de Colombia con 6 afiliados (5,00%). La EAPB Salud Total, Magisterio y Mutual Ser tienen cada una 2 afiliada (1,67%). Finalmente, se registró 1 persona sin afiliación a una EAPB, lo que representa el 0,83%.

4.6.5.5 Tabla 5. Población identificada en Riesgo – Resolución 3280 de 2018, en las jornadas de atención con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B.

T	MT	BARRIO/ COMUNIDADES	N° PERSONAS INTERVENIDAS	0-5	6--11	12--17	18--28	29--59	60 +	GESTANTE/ LACTANTE	RIESGO IDENTIFICADO (RES. 3280 DE 2018)	EAPB	DERIVACIÓN APLICADA AL RIESGO IDENTIFICADO
CM4	04	CRISTO VIVE	120	0	0	2	44	66	8	0	No se identificaron riesgos asociados a la Res. 3280 de 2018	-	-
TOTAL			120	0	0	2	44	66	8	0	0 personas con riesgos identificados	-	-



***Nota:** por ser municipio sentenciado debemos tener mucha claridad frente a la identificación de riesgos de niñas y niños de 0 a 5 años, mujeres gestantes y lactantes.*

4.6.5.5.1 GRAFICA 5. Población identificada en riesgo – resolución 3280 de 2018, en las jornadas de atención con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B.



Durante la ejecución de la Actividad ID: 329 “Realizar tres (3) jornadas de atención en zonas abiertas urbanas priorizadas en el municipio de Maicao, con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B, que incluya la captación y caracterización de la población intervenida.”, no se identificaron riesgos directos relacionados con las rutas de atención establecidas en la Resolución 3280 de 2018. Este hallazgo es crucial, ya que la Resolución 3280 de 2018 define los estándares y procedimientos para la atención integral en salud, y la ausencia de riesgos en este ámbito sugiere una adecuada alineación de la actividad con las normativas de salud pública. No obstante, el equipo implementador mantiene una vigilancia comunitaria constante con el fin de identificar cualquier riesgo emergente en los diversos territorios y micro territorios, tanto en las zonas urbanas como rurales del municipio de Maicao.



4.6.5.6 Grafica 6. Identificación de población en riesgo por grupo etario, en las jornadas de atención con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B.

Población identificada en riesgo vs el total de las personas intervenidas, en la jornada de atención en zonas abiertas urbanas priorizadas en el municipio de Maicao, con enfoque integral, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para riesgo nutricional, mediante educación a través de folletos y volantes, e identificación de alteraciones nutricionales en niños y adultos, que incluya la captación y caracterización de la población intervenida.



Durante la ejecución de la Actividad ID: 329 “Realizar tres (3) jornadas de atención en zonas abiertas urbanas priorizadas en el municipio de Maicao, con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B, que incluya la captación y caracterización de la población intervenida.”, no se identificaron riesgos directos relacionados con las rutas de atención establecidas en la Resolución 3280 de 2018. Este hallazgo es crucial, ya que la Resolución 3280 de 2018 define los estándares y procedimientos para la atención integral en salud, y la ausencia de riesgos en este ámbito sugiere una adecuada alineación de la actividad con las normativas de salud pública. No obstante, el equipo implementador mantiene una vigilancia comunitaria constante



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9

INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

con el fin de identificar cualquier riesgo emergente en los diversos territorios y micro territorios, tanto en las zonas urbanas como rurales del municipio de Maicao.

Estas identificaciones de los riesgos se derivaron según lo establecido en la resolución 3280 de 2018, enfocando la actividad en el modelo de atención primaria en salud, desarrollando actividades de promoción y gestión del riesgo en el micro territorio establecido según el lineamiento técnico operativo (Anexo Técnico).



8.2 DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN EN SALUD

Se realizaron estrategias informativas de producción y difusión de datos y/o mensajes a través de cuña radial y perifoneo para orientar, advertir, anunciar o recomendar a la comunidad de los micro territorios priorizados la cuña radial el perifoneo contenían los siguientes mensajes:

CUÑA RADIAL

ANTI DAD	TEMA	MENSAJE	FEC HA	Poblaci ón	Tiempo de emisió n
1 Hora	TAMIZAJE DE VIH	<p><i>¡Atención comunidad!</i></p> <p>El tamizaje permite detectar la infección por VIH de manera temprana. la detección temprana y el tratamiento pueden reducir la transmisión del virus</p> <p><i>Actuar a tiempo puede salvar vidas.</i></p> <p>¡Recibe nuestro volante informativo y compártelo!</p> <p>Un mensaje del plan de intervenciones colectivas, IPS! Wayuu Talatshi y secretaria de salud municipal de MAICAO.</p>	02/07/2025	Municipi o de Maicao	Un dia



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9

INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



709
PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PERIFONEO

CA NTI DA D	TEM A	MENSAJE	FEC HA	Poblaci ón	Tiempo de emision
1 hora	Tamizaje de VIH	<p>Se recomienda realizar tamizajes rutinarios para VIH,</p> <p>¡La educación y la conciencia sobre VIH pueden ayudar a promover la detección temprana y el tratamiento adecuado!</p> <p>El tamizaje puede permitir a las personas acceder a servicios de salud y tratamiento y el cuidado adecuados pueden mejorar la calidad de vida de las personas infectadas</p>	02-07-2025	Municipi o de Maicao	Un dia



4.6.6 LOGROS

- De la estrategia informativa, dirigida a la población en general del territorio Comuna 4, MT:04 Cristo Vive, a través de cuñas radiales con mensajes claros y sencillos, además del uso de volantes informativos y otros canales de comunicación, que sensibilicen a la comunidad sobre la importancia de la educación sexual temprana y la prevención de abusos. Se ejecutó una (1) intervención que representa el 33,33% ($1/3 \times 100$) de cumplimiento de intervenciones programadas en este informe, con una población objetivo de 360 personas, de las cuales se intervinieron 120 durante el mes de julio, alcanzando una cobertura del 33,33% ($120/360 \times 100$) en la población priorizada.
- De una cobertura poblacional programada (360 personas), se intervino en este informe en el territorio Comuna 4, MT:04 Cristo Vive, un total de 120 personas, lo que representa un 33,33% ($120/360 \times 100$) de cobertura poblacional intervenida.
- De una cobertura poblacional programada (360 personas) para el periodo de seguimiento, se han intervenido a la fecha un total de 120 personas en el territorio Comuna 4, MT:04 Cristo Vive, lo que representa un avance del 33,33% ($120/360 \times 100$) en el cumplimiento de la meta establecida.

4.6.7 INDICADORES RESOLUCION 3280 DE 2018

4.6.7.1 INDICADOR DE PRODUCTO SEGÚN RESOLUCIÓN 3280 de 2018

Proporción de personas que asisten a las jornadas de atención en zonas abiertas urbanas priorizadas en el municipio de Maicao, con enfoque integral, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para riesgo nutricional, mediante educación a través de folletos y volantes, e identificación de alteraciones nutricionales en niños y adultos, que incluya la captación y caracterización de la población intervenida.

De 360 personas programadas en el trimestre asistieron en esta jornada 120 personas en esta actividad, proporcionalmente representa 33,33% ($120/360 \times 100$) de los territorios comuna 4 MT: 04 Cristo vive, según el lineamiento técnico operativo.



4.6.7.2 INDICADOR DE RESULTADO SEGÚN 3280 DE 2018

Proporción de personas que asisten a las jornadas de atención en zonas abiertas urbanas priorizadas en el municipio de Maicao, con enfoque integral, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para riesgo nutricional, mediante educación a través de folletos y volantes, e identificación de alteraciones nutricionales en niños y adultos, que incluya la captación y caracterización de la población intervenida, de 360 personas programadas, asistieron en esta jornada 120 personas en este informe para una proporción que representan 33,33% ($120/360 \times 100$) avanzando en el cumplimiento del indicador, en los territorios comuna 4 MT: 04 Cristo vive

4.6.8 CONCLUSIONES

La jornada de tamizaje y sensibilización sobre ITS en el barrio Cristo Vive se realizó con éxito al lograr la participación de 120 personas, principalmente mujeres y adultos en edad sexualmente activa que pertenecen al régimen subsidiado. La actividad, enmarcada en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2025, combinó la educación sobre prevención y el uso de preservativos con la aplicación de pruebas voluntarias de VIH y Hepatitis B en un entorno de total confidencialidad. Aunque no se identificaron casos positivos, la intervención cumplió su rol fundamental de promover el autocuidado y la salud sexual, reduciendo el estigma y empoderando a la comunidad para tomar decisiones informadas sobre su bienestar.

4.6.8.1 DIFICULTADES

- Negación inicial de algunas personas a realizarse las pruebas rápidas por temor al estigma social.
- Persistencia de mitos y desinformación sobre las ITS, el VIH y la Hepatitis B.
- Baja participación de población masculina en comparación con la femenina.
- Limitaciones logísticas para garantizar privacidad total en algunos espacios comunitarios.
- Dificultades para contactar a ciertos grupos poblacionales por barreras de comunicación o ubicación.



4.6.8.2 RETOS

- Ampliar la cobertura del tamizaje a más comunidades y microterritorios priorizados.
- Fortalecer la educación comunitaria para disminuir el estigma asociado a las ITS y las pruebas diagnósticas.
- Mejorar la participación de la población masculina en las actividades preventivas.

4.6.9 MEDIOS DE VERIFICACIÓN

- Registro de asistencia.
- Acta de reunión o concertación.
- Registro fílmico (fotografías y/o videos).



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9

INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

4.6.10 ANEXOS

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION AVANCES

CERTIFICA:

Que se emitieron paquetes de Cuñas Radiales y Perifoneos Informativos del **EJE ESTRATEGICO - PUEBLOS Y COMUNIDADES ETNICAS Y CAMPESINAS, MUJERES, SECTORES LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICION Y/O SITUACION EN LA PRIORIDAD DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS** con los siguientes temas y en las actividades que a continuación se describen:

ACTIVIDAD
ACTIVIDAD ID 329. Realizar tres (3) jornadas de atención en zonas abiertas urbanas priorizadas en el municipio de Maicao, con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B, que incluya la captación y caracterización de la población intervenida.

Para mayor constancia, esta certificación se expide a los 02 días del mes de Agosto de 2025.

Atentamente;



ALEXIS BRITO GRANADILLO.

C.C. 84.048.648 De Maicao.
Representante Legal.



+57 310 494 8065



avanceestereo@gmail.com



Calle 13 No. 10 -85
Maicao, La Guajira



EJE ESTRATEGICO PUEBLOS Y COMUNIDADES ETNICAS Y CAMPESINAS, MUJERES, SECTORES LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICION Y/O SITUACION

ID ACTIVIDAD – 329. Realizar tres (3) jornadas de atención en zonas abiertas urbanas priorizadas en el municipio de Maicao, con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B, que incluya la captación y caracterización de la población intervenida.

PENDON

SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

PRUEBAS DE TAMIZAJE DE VIH

¿Qué son?

Son pruebas rápidas que se realizan en personas sanas para la detección precoz de la infección antes de que se manifiesten los síntomas.



PRUEBAS DE TAMIZAJE DE VIH

Si los resultados son negativos, *descartan* la infección.

Si los resultados son positivos,
deben realizarse
pruebas adicionales para confirmar la
infección.



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio!

Carrera 15 # 5 - 41 Barrio Boscán - Maicao - La Guajira
Teléfono 7255976- 7250252 Cel. 301 3947153 – 304 6242909

Pag Web: www.ipsiwayuutalatshi.com - E-mail: picmaicao2024@gmail.com



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9

INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

EJE ESTRATEGICO PUEBLOS Y COMUNIDADES ETNICAS Y CAMPESINAS, MUJERES, SECTORES LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICION Y/O SITUACION

ID ACTIVIDAD – 329. Realizar tres (3) jornadas de atención en zonas abiertas urbanas priorizadas en el municipio de Maicao, con enfoque diferencial, dirigidas a la población circundante, donde se realice tamizaje para ITS, mediante educación a través de folletos y volantes, y realización voluntaria de pruebas rápidas de VIH y Hepatitis B, que incluya la captación y caracterización de la población intervenida.

VOLANTE

SEXUALIDAD DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

PRUEBAS DE TAMIZAJE DE VIH

¿Qué son?

Son pruebas rápidas que se realizan en personas sanas para la detección precoz de la infección antes de que se manifiesten los síntomas.



PRUEBAS DE TAMIZAJE DE VIH

Si los resultados son negativos, *descartan la* infección.

Si los resultados son positivos,
deben realizarse
pruebas adicionales para confirmar la
infección.



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

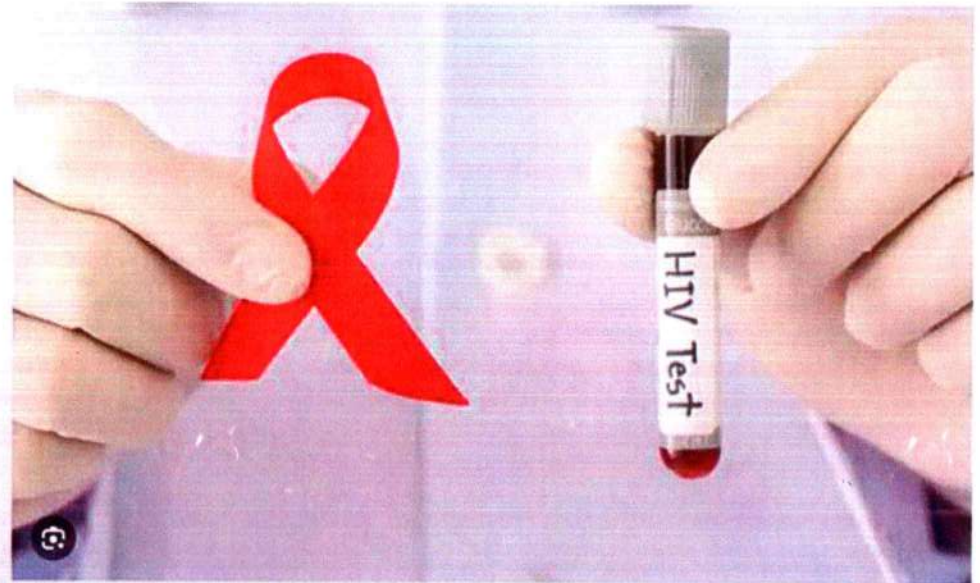
WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio!

Carrera 15 # 5 - 41 Barrio Boscán - Maicao - La Guajira
Teléfono 7255976- 7250252 Cel. 301 3947153 – 304 6242909

Pag Web: www.ipsiwayuutalatshi.com - E-mail: picmaicao2024@gmail.com

ROTA FOLIO

TAMIZAJE DE VIH Y HEPATITIS B



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio



Secretaria de
Salud



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



SECRETARIA DE SALUD

ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha: 01-07-2025	Hora: 02:00pm
Comunidad: Cristo Vive	Operador PIC: Wayuu Talatshi

En Cumplimiento a la Sentencia T – 302 DE 2017, Auto 696 de 2022 y Auto 274 de 2023, el Ente Municipal por medio del Funcionario (a) Tania Martinez del plan de salud de intervenciones colectivas PIC se dirige al Líder y/o Autoridad Tradicional de la Comunidad Cristo Vive, Ubicada en territorio 04, micro territorio 04, con el fin de concertar el ingreso a su comunidad para desarrollar actividades de gestión del riesgo y promoción de la salud, tales como la actividad mencionada a continuación:

Una jornada de Desparasitación
Antihelmíntica.

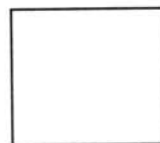
esta actividad en mención será llevada a cabo a los 04 días del mes de Julio del 2025, en el municipio de Maicao, la Guajira.

YO Shirlis Barboza, identificada con el Tipo y N° de Documento _____ de Líder y/o Autoridad Tradicional de la Comunidad Cristo Vive permito la entrada a la comunidad para que realicen las diferentes actividades.

FIRMA DEL LIDER

[Firma]

Teléfono: 3016923597



Huella

FIRMA DEL FUNCIONARIO: Tania Martinez

Nombre y Apellidos: Tania Martinez Solis

Cargo: Promotor

Firma: Tania Martinez



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2025

ACTA N°: 02	FECHA: 4/07/25
ID DE LA ACTIVIDAD: 329	
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA	MUNICIPIO: MAICAO
LUGAR: V: Comuna 4 H: oy Ensto vive	HORA INICIO: 8.30 Am HORA TERMINACION: 11:20 Am
NOMBRE DEL EJE: pueblos y comunidades Gener-Diversidades Condiciones y Situaciones	
NOMBRE DE LA PRIORIDAD: Sexualidad y derechos Sexuales y Reproductivos.	
RESPONSABLE: Jus Edmundo Contreras	

NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1. Jus Edmundo Contreras	H/EdPco.	pic
2. Jovany de Jua.	Enfermera.	pic
3. Janna Rpartinez	promotora.	pic
4. Yohanes Rpartinez	Asx E	pic
5. Elizabeth Guerrero.	Asx E	pic
6.		
7.		

OBJETIVO:	Disminuir la transmisión del VIH e ITS a través de tamizaje, y estrategias efectivas de promoción de la salud Sexual.
-----------	---



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



920
PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1. ASISTENCIA TECNICA()	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA()	3. VISITAS DE INSPECCION()
4. CAPACITACION()	5. REUNION(✓)	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO()
7. OTROS()		

ORDEN DEL DIA / AGENDA

Bienvenida
Presentación
Socialización
Despedida

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES

En el día de hoy el equipo del Pic municipal, articulación con Secretaría de Salud, alcaldía municipal en su Prioridad Sexualidad y Derechos Sexuales Reproductivos se dirige al territorio Comuna 4 MH:04 Barrio Cristo Vive en donde su líder activa la Señora Shirlis Burboga nos cede un espacio en su barrio Para llevar a cabo una jornada de atención en zonas



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARÍA DE SALUD

abiertas urbanas Priorizadas en el municipio, dirigidas a la Población Circundante donde se realice tamizaje Para HTS, mediante educación a través de Folletos y Volantes, y realización Voluntaria de Pruebas rápidas de VIH y hepatitis B, que incluya la captación y Caracterización. En donde se inicia explicado que el VIH (virus de inmunodeficiencia Humana) y la hepatitis B son 2 infecciones virales que afectan a millones de Personas en todo el mundo. El VIH es un virus que ataca al sistema inmunológico del cuerpo, se transmite a través de Fluidos Corporales, como la sangre, el semen, las secreciones Vaginales y la leche materna. los síntomas Pueden Variar, Pero Comúnmente incluyen Fiebre, dolor de Cabeza, Fatiga y Pérdida de Peso, el tratamiento, Aunque no hay cura Para el VIH, el tratamiento antirretroviral (TAR) Puede Controlar la infección y Prevenir la Progresión a Sida. La hepatitis B, es una infección viral que afecta al hígado y puede causar inflamación y daño hepático. Se transmite a través de Fluidos Corporales, como la sangre y las secreciones corporales, los síntomas de la hepatitis B pueden incluir Fiebre, Fatiga, Pérdida de apetito y



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nít. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

y dolor abdominal, el tratamiento Para la hepatitis B Puede incluir medicamentos antivirales y, en algunos casos, trasplante de hígado, una medida de Prevención Sería la Vacunación es la manera efectiva Para Prevenir la hepatitis B, Uso de condones.

La importancia de realizarse un tamizaje evita la detección temprana y es crucial Para iniciar cualquier tratamiento y Prevenir complicaciones, ya que el tratamiento oportuno Puede mejorar la Calidad de Vida y reducir el riesgo de complicaciones a largo Plazo.

Se Finaliza realizando algunas Pruebas de VIH, en donde cada Persona tamizada recibe su resultado. Para llevar a cabo la educación Se necesito la ayuda de Volantes, Rotafolios y Pósteres Informativos Para mejor Forma de entendimiento Por Parte de la comunidad.



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONCLUSIONES

Se le Socializo y Educó acerca de la Importancia de las Enfermedades de H's y V.H. Donde se les entregaron volantes y folletos y donde hubo participación de Parte del personal asistente donde se les hizo tomisaje con el fin de prevenir y detectar su de kenon temprana. para iniciar cualquier tratamiento

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
1. Shirlis Barboza	3016923597	Presidenta	Shirlis
2. Mrs Edmundo Ceballos	302388 2631	Hedera	Edmundo C.
3. Lames Mejia	3043533710	Entorno	Lames M.
4. Tania Martinez	301533 1772	Promotor	Tania M.
5. Yohans Flevo	3005869477	Aux E	Yohans F.
6. Isibeth Guerrero	3243160972	Aux E	Isibeth G.
7.			
8.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA:

Tania Martinez



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Pueblos y comunidades Geraso - Diversidades Condiciones y Situaciones</i>		
ACTIVIDAD: <i>LD 999 Jornada de atención en zona urbana, con enfoque diferencial donde se realice tamizaje mediante Educación para prevención para VIH y Hepatitis B</i>	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>T: Comuna 4 y Ensto Ure</i>	
FECHA: <i>4-07-25</i>	HORA DE INICIO: <i>8:30 Am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>11:30 Am</i>

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Liliana Barbosa	33239826	F	43	Cristo Vive	Comuna 4	3043885175	Anas W						✓		Liliana B
2	Robin Solorzano	3873158	M	47	Cristo Vive	Comuna 4	3043885175	Anas W						✓		Robin
3	Deiver Solorzano	1193293294	M	24	Cristo Vive	Comuna 4	3043885175	Anas W								Deiver Solorzano
4	Angelina Montero	39491201	F	49	Cristo Vive	Comuna 4	3042055128	Caja Copi								Angelina Montero
5	Juan Montero	1006744891	M	22	Cristo Vive	Comuna 4	3042055128	Caja Copi								Juan Montero
6	Abelaida Garizao	1124009574	F	25	Cristo Vive	Comuna 4	3042055128	Caja Copi								Abelaida Garizao
7	Liliana Maestre	57271088	F	42	Cristo Vive	Comuna 4	3126890099	Anas W								Liliana Maestre
8	Ivan Barbosa	18777252	M	49	Cristo Vive	Comuna 4	3012763700	Anas W								Ivan Barbosa
9	Keenys Barbosa	1134169960	F	17	Cristo Vive	Comuna 4	3126890099	Anas W						✓		Keenys Barbosa
10	Katherine Cabarcas	1123991298	F	39	Cristo Vive	Comuna 4	3044064968	Anas W						✓		Katherine Cabarcas



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Pueblos y comunidades Género-Diversidad, condecoraciones y situaciones</i>		
ACTIVIDAD: <i>10329 Jornada de atención en zona urbana, con enfoque diferencial donde se realice tamizaje para ITS mediante Educación</i>	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>Comuna 4</i>	
FECHA: <i>4-07-25</i>	HORA DE INICIO: <i>8:30 Am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>11:20 am</i>

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Ariana Carolina	1214218769	F	21	cristo vive	Comuna 4	3043885135	D.T.					✓			Ariana C.
2	Samir Alexander	1006895854	M	22	cristo vive	Comuna 4	8236352386	Folud. tot.							✓	Samir Alexander
3	Cairin Montiel	1124070135	F	30	cristo vive	Comuna 4	3024360264	pru. ju.							✓	Cairin Montiel
4	Xiomara Fernanda	56.70143	F	38	cristo vive	Comuna 4	3243228654	cap. apr.							✓	Xiomara F.
5	Alberis Fermuly	32090202	F	20	cristo vive	Comuna 4	32434228654	peps							✓	Alberis Fermuly
6	Veronica Ferrero	419.03235	F	43	cristo vive	Comuna 4	3015975434	cap. apr.							✓	Veronica F.
7	Joselin Merhe	41901478	M	40	cristo vive	Comuna 4	3015975434	cap. apr.							✓	Joselin Merhe
8	Yolaine Gusman	40877410	F	45	cristo vive	Comuna 4	3023667608	cap. apr.							✓	Yolaine Gusman
9	Aroldo Vegas	77184721	M	49	cristo vive	Comuna 4	8223721057	cap. apr.							✓	Aroldo Vega
10	Yolenis Sierra	40877410	F	45	cristo vive	Comuna 4	3023667608	cap. apr.							✓	Yolenis Sierra

27/12/29



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Pueblos y comunidades Genera - Diversidades Condiciones y Situaciones</i>		
ACTIVIDAD: <i>10 B29 Fortalecimiento de atención en salud con enfoque diferencial donde se realice trabajo mediante EBM para prevenir VIH y Hepatitis B.</i>	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>T: Comuna 4</i>	
FECHA: <i>21-07-25</i>	HORA DE INICIO: <i>8:30 Am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>11:20 Am</i>

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Blaneth Guerra	1.124.036.518	F	33	Cristo Vive	Comuna 4	3046776315	Anas W								✓ <i>Blaneth Guerra</i>
2	Wilson Solano	71190915	M	47	Cristo Vive	Comuna 4	3025446358	Anas W								✓ <i>Wilson Solano</i>
3	Osmania de la Hoz	56.089.384	F	47	Cristo Vive	Comuna 4	3043366692	Caja Copi								✓ <i>Osmania de la Hoz</i>
4	Veronica Macias	1.004474809	F	23	Cristo Vive	Comuna 4	3106820068	Sanita								✓ <i>Veronica Macias</i>
5	Eva Galvan	5128734	F	32	Cristo Vive	Comuna 4	3044300214	Caja Copi								✓ <i>Eva Galvan</i>
6	Wilson Arayo	1.148147.706	M	34	Cristo Vive	Comuna 4	3045930132	Caja Copi								✓ <i>Wilson Arayo</i>
7	Margarita Girnu	1.010207588	F	31	Cristo Vive	Comuna 4	3246173191	Anas W								✓ <i>Margarita Girnu</i>
8	Manuel Teran	84.048526	M	57	Cristo Vive	Comuna 4	3246173191	Salud Sanitas								✓ <i>Manuel Teran</i>
9	chiquiquira Marin	PPT 4347061	M	19	Cristo Vive	Comuna 4	3233467672	Flar Colombia								✓ <i>chiquiquira Marin</i>
10	Niomar Gonzalez	5690907	M	53	Cristo Vive	Comuna 4	3023942150	Caja Copi								✓ <i>Niomar Gonzalez</i>



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Reblos y Comunidades Genero - Diversidades, condiciones y Situaciones</i>		
ACTIVIDAD: <i>10379 Jornada de atención en zona urbana con enfoque Diferencial de Género y Fortalecimiento mediante Educar para prevenir la transmisión de VIH y Hepatitis B</i>	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>Comuna 4</i>	
FECHA: <i>4-07-25</i>	HORA DE INICIO: <i>8:30 am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>11:30 am</i>

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yasmin Arroyo	40.877.553	F	52	Cristo Vive	Comuna 4	3003766980	Anas W							✓	Yasmin Arroyo
2	Nestor Cabrales	84.077.304	M	54	Cristo Vive	Comuna 4	3147166563	Anas W							✓	Nestor Cabrales
3	Mario Barragan	1006.895.853	M	25	Cristo Vive	Comuna 4	3003766980	NU EPS							✓	Mario Barragan
4	Juan Barragan	1.123.995.875	M	21	Cristo Vive	Comuna 4	323595.3611	Mutual Ser							✓	Juan Barragan
5	Dioris Solano	1124.007342	F	37	Cristo Vive	Comuna 4	3013732705	Anas W							✓	Dioris Solano
6	Scarleth Morales	1124037217	F	18	Cristo Vive	Comuna 4	No tiene	Anas W						✓		Scarleth M.
7	Richard Rodriguez	5972063	M	55	Cristo Vive	Comuna 4	3128705433	Caja Copi								Richard R.
8	Judeli Lopez	5957239	F	54	Cristo Vive	Comuna 4	3128705433	Caja Copi							✓	Judeli Lopez
9	Fernando Passo	5009674	M	73	Cristo Vive	Comuna 4	3106112520	Anas W			✓				✓	Fernando Passo
10	Angela Ramo	26.783.832	F	72	Cristo Vive	Comuna 4	3244636098	Caja Copi			✓				✓	Angel Ramo



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <u>Pueblos y Comunidades Genero - Diversidades, Condiciones y Situaciones</u>		
ACTIVIDAD: <u>10329 Jornada de atención en zona urbana con enfoque diferencial donde se brinda atención médica y educativa, por persona Rapida VIH y Hepatitis B</u>		TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <u>T: Comuna 4</u> <u>MT: Cristo Vive</u>
FECHA: <u>4-07-25</u>	HORA DE INICIO: <u>8:30 Am</u>	HORA DE FINALIZACION: <u>11:30 Am</u>

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yenis Ordóñez	24115169	F	43	Cristo Vive	Comuna 4	314678520	med								x Yenis
2	Alexander Almanza	12685596	M	45	Cristo Vive	Comuna 4	324342944	med								x Alexander A.
3	Kelner Almanza	1080540252	M	20	Cristo Vive	Comuna 4	324342944	san								x Kelner Almanza
4	Jhoaner Almanza	1080540548	M	18	Cristo Vive	Comuna 4	324342944	san								x Jhoaner Almanza
5	Alicia Rodríguez	51.927.248	F	70	Cristo Vive	Comuna 4	304599956	med								x Alicia
6	Andres Sanchez	1233933110	M	21	Cristo Vive	Comuna 4	304599956	med								x Andres Sanchez
7	Aly Sanchez	1233933111	M	18	Cristo Vive	Comuna 4	304599956	med								x Aly Sanchez
8	Hosemar Pares	17.904785	M	43	Cristo Vive	Comuna 4	302352294	med								x Hosemar P
9	Karoly Palmer	1214467476	F	34	Cristo Vive	Comuna 4	302400423	med								x Karoly
10	Jerifer Pares	1124059683	F	18	Cristo Vive	Comuna 4	Robens	med								x Jerifer Pares



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <u>Pueblos y Comunidades Genero-Diversidades, Condiciones y Situaciones</u>		
ACTIVIDAD: <u>40, 329 Jornada de atención en zona urbana con enfoque diferencial donde se realiza tamizaje HTS mediante educación para Rapida VHA Hepatitis B</u>		TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <u>Comuna 4</u> <u>MT: Cristo Vive</u>
FECHA: <u>4-07-28</u>	HORA DE INICIO: <u>8:30 Am</u>	HORA DE FINALIZACION: <u>11:20 Am</u>

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yormari Quintero	PPT 24632111	F	36	Cristo Vive	Comuna 4	3023942150	moj							✓	Yormari
2	Geraldine Mendez	PPT 5958260	F	37	Cristo Vive	Comuna 4	3116936525	moj							✓	Geraldine
3	Mario Palmar	21162803	M	42	Cristo Vive	Comuna 4	3126934281	Koteshi Anaza						✓		Mario
4	Veronica Guerrero	PPT 4903235	F	43	Cristo Vive	Comuna 4	3015975434	Caja Copi							✓	Veronica G.
5	Joaquin Gallardo	PPT 4901478	M	40	Cristo Vive	Comuna 4	Robere	NU EPS							✓	Joaquin
6	Xiomara Fernandez	PPT 5670143	F	38	Cristo Vive	Comuna 4	3243928654	Caja Copi					✓			Xiomara Fernandez
7	Albenis Fernandez	32090202	M	20	Cristo Vive	Comuna 4	Robere	NU EPS					✓			Albenis
8	Yuleza Palmar	PPT S.596.627	F	24	Cristo Vive	Comuna 4	3006021850	Anas W						✓		Yuleza
9	Van Muñoz	1.123.992.825	M	37	Cristo Vive	Comuna 4	3006021850	Anas W							✓	Van Muñoz
10	Groelfi Silva	92.029.611	F	57	Cristo Vive	Comuna 4	3244329305	Anas W							✓	Groelfi



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Pueblos y comunidades Genios-Diversos, Comunas y Intermunicipales</i>		
ACTIVIDAD: <i>TD 379 Jornada de atención en una urbanización con enfoque diferencial al donde se realice tambores por ITS mediante Educación previos Reparto de VHA y Hepatitis B.</i>		
FECHA: <i>4-07-28</i>	HORA DE INICIO: <i>8:30 Am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>11:30 Am</i>

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Keiys Garcia	PPT 59.717.83	F	38	Cristo Vive	Comuna 4	324 432 9305	Anas W.						✓		<i>Keiys Garcia</i>
2	Elismairi Solano	1126251271	F	21	Cristo Vive	Comuna 4	324 285 2421	Caja Copi								<i>Elismairi Solano</i>
3	Gisella Montenegro	1081908648	F	20	Cristo Vive	Comuna 4	320 514 5147	Caja Copi						✓		<i>Gisella Montenegro</i>
4	Naira Moya	40877222	F	44	Cristo Vive	Comuna 4	300 494 0290	Anas W.								<i>Naira Moya</i>
5	Liney Velasquez	50.896.267	F	57	Cristo Vive	Comuna 4	323 575 1320	Anas W.								<i>Liney Velasquez</i>
6	Argemiro Velasquez	1003044256	M	28	Cristo Vive	Comuna 4	311 653 0243	Anas W.						✓		<i>Argemiro Velasquez</i>
7	Nonico Lopez	1151463275	F	35	Cristo Vive	Comuna 4	300 289 5148	Anas W.								<i>Nonico Lopez</i>
8	Gloria Garcia	37790872	F	78	Cristo Vive	Comuna 4	300 827 0773	Anas W.			✓	✓				<i>Gloria Garcia</i>
9	Omaira Plazas	68304768	F	46	Cristo Vive	Comuna 4	320 733 8961	DSK								<i>Omaira Plazas</i>
10	Anyiris Diaz	1007469621	F	24	Cristo Vive	Comuna 4	Not tiene	DSK								<i>Anyiris Diaz</i>

05/01/2001



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <u>Pueblos y Comunidades Genero - Diversidades, Condiciones y Situaciones.</u>		
ACTIVIDAD: <u>10 329 jornadas de atención en atención básica con enfoque de género y diversidad.</u>	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: T: Comuna 4 MT: Cristo Vive	
FECHA: <u>4-07-25</u>	HORA DE INICIO: <u>8:30 Am</u>	HORA DE FINALIZACION: <u>11:20 Am</u>

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Cristian Altamar	1123993294	M	40	Cristo Vive	Comuna 4	3045376131	Anas W							✓	✓ Cristian
2	Estefany Hernandez	1123990739	F	21	Cristo Vive	Comuna 4	3012030270	NV EPS					✓			✓ Estefani Hernandez
3	Jesus Hernandez	1121530407	M	20	Cristo Vive	Comuna 4	3238936479	Anas W					✓			✓ Jesus H.
4	Valentina Hernandez	1121536015	F	17	Cristo Vive	Comuna 4	3051874916	Anas W							✓	✓ Valentina
5	Adriana Iprana	1214218769	F	21	Cristo Vive	Comuna 4	3225409730	DSK					✓			✓ Adriana Iprana
6	Samir Osorio	1006895854	M	22	Cristo Vive	Comuna 4	3236352386	Salud Total							✓	✓ Samir
7	Luzmery Lopez Sierra	56067798	F	49	Cristo Vive	Comuna 4	3242581603	Anas W							✓	✓ Luzmery
8	Angela Salyavedra	1121533357	F	18	Cristo Vive	Comuna 4	3044015193	NV EPS							✓	✓ Angela
9	Leonardo Zarante	1070819825	M	36	Cristo Vive	Comuna 4	3206717664	F. W. 10							✓	✓ Leonardo Zarante
10	Karla Rosales	3897536	F	26	Cristo Vive	Comuna 4	3147642155	F. Colom						✓		✓ Karla



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>pueblos y comunidades Wayuu - Directrices, Condiciones y Situaciones</i>		
ACTIVIDAD: <i>40 324 jornada de atención en zona urbana con enfoque de género, donde se realiza tamizaje HTV mediante Ecdosis precisa. Depista VIH y Hepatitis B.</i>	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>T: Comuna 4</i>	
FECHA: <i>4 - 07 - 25</i>	HORA DE INICIO: <i>8:30 Am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>11:30 Am</i>

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yiribeth Morales	^{tp} 589665	F	28	Costa Rica	Comuna 4	324535301	Wayuu								<i>[Signature]</i>
2	Marlen Tovar	39492620	F	39	Costa Rica	Comuna 4	3022279460	Wayuu								<i>[Signature]</i>
3	Jhuan Igaran	1134003739	F	38	Costa Rica	Comuna 4	3128309404	Wayuu					✓			<i>[Signature]</i>
4	Shant Igaran	1134169748	F	17	Costa Rica	Comuna 4	3022279960	Wayuu					✓			<i>[Signature]</i>
5	Yenis Igaran	1124022446	F	38	Costa Rica	Comuna 4	3007152615	Wayuu					✓			<i>[Signature]</i>
6	Indira Castro	1193290376	F	32	Costa Rica	Comuna 4	3128252798	Wayuu						✓		<i>[Signature]</i>
7	Jorge Amador	72344924	M	40	Costa Rica	Comuna 4	3128252798	Wayuu						✓		<i>[Signature]</i>
8	Ricardo Gonzalez	7788142	M	69	Costa Rica	Comuna 4	3150392347	Wayuu			✓		✓			<i>[Signature]</i>
9	Dionis Dorte	7736983	M	57	Costa Rica	Comuna 4	3116623808	Wayuu								<i>[Signature]</i>
10	Johana Gonzalez	25975506	F	29	Costa Rica	Comuna 4	3150392347	Wayuu					✓			<i>[Signature]</i>



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

733

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Pueblos y Comunidades Genero - Diversidad, Condiciones y Situaciones</i>		
ACTIVIDAD: <i>HD: 399. Jornada de atención en zona urbana con enfoque diferencial donde se realice tamizaje ITS mediante Educación, prueba Rapida VHA y Hepatitis B.</i>	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>Comuna 4 y 6 Enstovine</i>	
FECHA: <i>4-07-25</i>	HORA DE INICIO: <i>8:30 Am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>11:20 Am</i>

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	<i>Marilyn Quinto</i>	<i>7074670</i>	<i>F</i>	<i>27</i>	<i>Enstovine</i>	<i>Comuna 4</i>	<i>3014671222</i>	<i>DIS</i>								<i>x Marilyn Q.</i>
2	<i>Jaime Espinosa</i>	<i>1124531214</i>	<i>F</i>	<i>33</i>	<i>Enstovine</i>	<i>Comuna 4</i>	<i>3001871660</i>	<i>ma</i>					<i>✓</i>			<i>x Jaime Espinosa</i>
3	<i>Gloria Paredes</i>	<i>5324640</i>	<i>F</i>	<i>23</i>	<i>Enstovine</i>	<i>Comuna 4</i>	<i>3129918947</i>	<i>ma</i>					<i>✓</i>			<i>x Gloria Paredes</i>
4	<i>Wilson Estrada</i>	<i>1123994119</i>	<i>M</i>	<i>28</i>	<i>Enstovine</i>	<i>Comuna 4</i>	<i>3212470603</i>	<i>ad</i>					<i>✓</i>			<i>x Wilson Estrada</i>
5	<i>Yiceth Moreno</i>	<i>1193002941</i>	<i>F</i>	<i>39</i>	<i>Enstovine</i>	<i>Comuna 4</i>	<i>Kobene</i>	<i>ma</i>								<i>x Yiceth Moreno</i>
6	<i>Ingrid Martinez</i>	<i>56062279</i>	<i>F</i>	<i>56</i>	<i>Enstovine</i>	<i>Comuna 4</i>	<i>Kobene</i>	<i>ma</i>							<i>✓</i>	<i>x Ingrid Martinez</i>
7	<i>Yelitza Moreno</i>	<i>1142893121</i>	<i>F</i>	<i>35</i>	<i>Enstovine</i>	<i>Comuna 4</i>	<i>Kobene</i>	<i>ma</i>							<i>✓</i>	<i>x Yelitza Moreno</i>
8	<i>Arnaldo Moreno</i>	<i>1124099363</i>	<i>M</i>	<i>20</i>	<i>Enstovine</i>	<i>Comuna 4</i>	<i>Kobene</i>	<i>ma</i>							<i>✓</i>	<i>x Arnaldo Moreno</i>
9	<i>Genesis Rodriguez</i>	<i>1124007936</i>	<i>F</i>	<i>50</i>	<i>Enstovine</i>	<i>Comuna 4</i>	<i>3134117514</i>	<i>ver</i>							<i>✓</i>	<i>x Genesis R.</i>
10	<i>Carlos Romero</i>	<i>1124011509</i>	<i>M</i>	<i>18</i>	<i>Enstovine</i>	<i>Comuna 4</i>	<i>3234594742</i>	<i>ver</i>							<i>✓</i>	<i>x Carlos Romero</i>



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <u>Pueblos y comunidades Género-Diversidades, condiciones y situaciones</u>		
ACTIVIDAD: <u>10329 Jornada de atención en zona urbana, con enfoque diferencial</u>		TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <u>Comuna 4</u>
FECHA: <u>4-07-25</u>		HORA DE INICIO: <u>8:30 Am</u>
		HORA DE FINALIZACION: <u>11:20 Am</u>

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M.	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Adriana Diaz	62116551	F	27	Cristo Vive	Comuna 4	3006874477	Waja Copi							✓	Adriana Diaz
2	Yorgetis Blanco	5660227	F	28	Cristo Vive	Comuna 4	3016960032	Anas W.							✓	Yorgetis Blanco
3	Eiver Pashaina	1123999159	M	28	Cristo Vive	Comuna 4	3026854341	Caja Copi					✓			Eiver Pashaina
4	Suxi Romero	6019531	F	38	Cristo Vive	Comuna 4	No tiene	DSK							✓	Suxi Romero
5	Leticia Herrera	1006875855	F	36	Cristo Vive	Comuna 4	3106854363	Anas W.						✓		Leticia Herrera
6	Yubleidis Acosta	6033270	F	42	Cristo Vive	Comuna 4	No tiene	mutual Ser						✓		Yubleidis A.
7	Nancy Apushaina	27047515	F	55	Cristo Vive	Comuna 4	3124847543	DSK					✓			Nancy apushaina
8	Madelin Perez	13930734	F	50	Cristo Vive	Comuna 4	3114583944	Pro W.							✓	Madelin Perez
9	Lucrecia Vasquez	5982071	F	56	Cristo Vive	Comuna 4	No tiene	Pro W.							✓	Lucrecia Vasquez
10	Yenis Valencia	5242367	F	45	Cristo Vive	Comuna 4	3113584342	Pro W.							✓	Yenis Valencia



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <u>Pueblos y comunidades Género-Diversidad/condiciones y situaciones</u>		
ACTIVIDAD: <u>40 329 jornada de atención en zona urbana con enfoque diferencial donde se realicen talleres para ITS mediante educación popular XLH y telepatitas B.</u>		TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <u>T-Comuna 4</u>
FECHA: <u>4-07-25</u>	HORA DE INICIO: <u>8:30 am</u>	HORA DE FINALIZACION: <u>11:30 am</u>

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Yasmari Rivas	4957452	F	45	cristo vive	Comuna 4	3005867754	San Juan								✓ Yasmari Rivas
2	Edrianis Comado	6211724	F	18	cristo vive	Comuna 4	3015384672	El Bol						✓		✓ Edrianis Comado
3	Leimar Bolano	1237689507	F	27	cristo vive	Comuna 4	3146503075	proy. w.							✓	✓ Leimar Bolano
4	Rosmary Gonzalez	576847	F	27	cristo vive	Comuna 4	3005324500	proy. w.					✓			✓ Rosmary Gonzalez
5	Ana Bolano	52001240	F	61	cristo vive	Comuna 4	Notiere.	proy. w.			✓				✓	✓ Ana Bolano
6	Mercades Vargas	7933273	F	71	cristo vive	Comuna 4	3116583242	proy. w.			✓			✓		✓ Mercades Vargas
7	Margareta Polmar	57.64081	F	48	cristo vive	Comuna 4	3006894567	proy. w.							✓	✓ Margareta Polmar
8	Maria Gutierrez	410979356	F	70	cristo vive	Comuna 4	Notiere	proy. w.			✓				✓	✓ Maria Gutierrez
9	Liliana Gomez	1237689000	F	38	cristo vive	Comuna 4	300678445	proy. w.							✓	✓ Liliana Gomez
10	María Ramirez	24256313	F	47	cristo vive	Comuna 4	Notiere	proy. w.					✓			✓ María Ramirez



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nít. 892.120.020-9



SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Jeyss González, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Jeyss González

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Jeyss González

Cedula de ciudadanía: 1124367813 de Maicao - La Guajira

Janies Mejía

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Janies Mejía

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA 6/05/25 DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Jesús Poncekz FECHA DE NACIMIENTO 27/03/2003 EDAD 22
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. ☐ N° IDENTIFICACION: 114367813
SEXO: HOMBRE ☐ MUJER ☒
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE DSA

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA ☐ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 0698H036A

06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Karla Rosales, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Karla Rosales

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Karla Rosales

Cédula de ciudadanía: 3897536 de Venezuela

Lanies Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Karla Rosales FECHA DE NACIMIENTO 13/12/98 EDAD 26
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC_ T.I_ N° IDENTIFICACION: 3897536
SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE F. Colombia

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒
NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8W036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Leonardo Zarante, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Leonardo Zarante

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Leonardo Zarante

Cédula de ciudadanía: 1070819825 de Maicao

Lanies Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Leonardo Zarante FECHA DE NACIMIENTO 13/05/89 EDAD 36
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 1070819825
SEXO: HOMBRE ☒ MUJER _____
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Flar Colombia

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Angela Sayavedra, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Angela Sayavedra

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Angela Sayavedra

Cedula de ciudadanía: 1121533357 de Maicao

Lanies Mejia

Firma del profesional que realizo la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Angela Sayavedra FECHA DE NACIMIENTO 25/07/06 EDAD 18

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC _____ T.I _____ N° IDENTIFICACION: 1121533357

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE NU E.P.S

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Luz Mary Lopesierra, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Luzmery Lopesierra

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Luzmery Lopesierra

Cedula de ciudadanía: 56067798 de Maicao

Lanies Mejia

Firma del profesional que realizo la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Gugira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Luzmery lopesierra FECHA DE NACIMIENTO 25/07/77 EDAD 49

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. ☐ N° IDENTIFICACION: 56067798

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036 A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Samir Osorio, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Samir Osorio

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Samir Osorio

Cédula de ciudadanía: 1006895854 de _____

Lanies Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Samir Osorio FECHA DE NACIMIENTO 25/01/03 EDAD 22

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC_ T.I_ N° IDENTIFICACION: 1006895854

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER _____

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Salud Total

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

798

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Adriana Ipuana, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Adriana Ipuana
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Adriana Ipuana

Cédula de ciudadanía: 1214218769 de Maicao

Lamies Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lamies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.d.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Adriana Iguana FECHA DE NACIMIENTO 03/05/04 EDAD 21

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 1214218769

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE DSK

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06 A 8 H 036 A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Valentina Hernandez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Valentina Hernandez

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Valentina Hernandez

Cedula de ciudadanía: 1121536015 de _____

Lanies Mejia

Firma del profesional que realizo la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Valentina Hernandez FECHA DE NACIMIENTO 26/10/07 EDAD 18
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC_ T.I_ N° IDENTIFICACION: 1121536015
SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA _____
NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Jesus Hernandez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Jesus Hernandez

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Jesus Hernandez

Cedula de ciudadanía: 1121530407 de Maicao

Lanies Mejia

Firma del profesional que realizo la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Jesus Hernandez FECHA DE NACIMIENTO 29/08/05 EDAD 20

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. ☐ N° IDENTIFICACION: 1121530407

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER ☐

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Estefany Hernandez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Estefany Hernandez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Estefany Hernandez

Cedula de ciudadanía: 1123990739 de Bogota

Lanies Mejia
Firma del profesional que realizo la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.d.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Este fony Hernandez FECHA DE NACIMIENTO 21/12/03 EDAD 21
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 1123990739
SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Nu. EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036 A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Cristian Altamar, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Cristian Altamar

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Cristian Altamar

Cédula de ciudadanía: 1123993294 de Maicao

Janies Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Janies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Cristian Altamar FECHA DE NACIMIENTO 16/07/96 EDAD 28
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 1123993294
SEXO: HOMBRE ☒ MUJER _____
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE N. EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒
NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

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

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Karlas Romero

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Karlas Romero

Cedula de ciudadanía: 1124011509 de Maicao

Lanies Mejia

Firma del profesional que realizo la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guayira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Karlas Romero FECHA DE NACIMIENTO 03/08/06 EDAD 18

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 1124011509

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE N.E.P.S

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA _____

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Ceneris Rodriguez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Ceneris Rodriguez

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Ceneris Rodriguez

Cédula de ciudadanía: 1124007936 de Maicao

Lanies Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Gujira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Ceneris Rodriguez FECHA DE NACIMIENTO 26/10/74 EDAD 50

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I ☐ N° IDENTIFICACION: 1124007936

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE N. E. PS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA _____

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036 A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

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

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Ricardo Gonzalez

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Ricardo Gonzalez

Cedula de ciudadanía: 7788142 de Maicao

Lonies Mejia

Firma del profesional que realizo la consejería

Nombre: Lonies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

763

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Ricardo Gonzalez FECHA DE NACIMIENTO 20/07/56 EDAD 69

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 7788142

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE _____

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Jorge Arrieta, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Jorge Arrieta
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Jorge Arrieta
Cedula de ciudadanía: 723 449 24 de Maicao

Lanies Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia
Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Gugiro MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Jorge Arrieta FECHA DE NACIMIENTO 02/03/85 EDAD 40

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 72344924

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER _____

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI _____ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Indira Castro, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.
Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Indira Castro

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Indira Castro

Cedula de ciudadanía: 1193290376 de Maicao

Lanier Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Indira Castro FECHA DE NACIMIENTO 08/01/92 EDAD 32

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC _ T.I _ N° IDENTIFICACION: _____

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE SanTa

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Veinis Sanchez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.
Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Veinis Sanchez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Veinis Sanchez
Cedula de ciudadanía: 1124022446 de Maicao

Lanies Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia
Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guayana MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Yenis Sanchez FECHA DE NACIMIENTO 06/04/87 EDAD 38

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC V.T.I N° IDENTIFICACION: 1124022446

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ✓

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI _____ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ✓ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anos W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ✓

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Arnolfo Munevar, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Arnolfo Munevar

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Arnolfo Munevar

Cédula de ciudadanía: 1124099363 de Maicao

Lanier Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Mejia

Número del registro profesional 56-084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Arnulfo Munevar FECHA DE NACIMIENTO 11/08/04 EDAD 20

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 1124099363

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER _____

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Yelitza Munevar, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Yelitza Munevar
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Yelitza Munevar

Cédula de ciudadanía: 1192893121 de Maicao

Lanies Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guayira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO YeliTza Munivar FECHA DE NACIMIENTO 13/07/90 EDAD 35

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. ☐ N° IDENTIFICACION: 1192893121

SEXO: HOMBRE ☐ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA ☐ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

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

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Ingrid Martinez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Ingrid Martinez
Cedula de ciudadanía: 56062279 de Maicao

Lanies Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia
Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Ingrid Martinez FECHA DE NACIMIENTO 16/11/89 EDAD 56

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ✓ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 56062279

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ✓

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ✓ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ✓ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA _____

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036 A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, ViceTh Munevar, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

ViceTh Munevar
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: ViceTh Munevar
Cedula de ciudadanía: 1193002991 de Maicao

Lanies Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia
Número del registro profesional SG.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Yiceth Munevar FECHA DE NACIMIENTO 16/04/86 EDAD 39

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ✓ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 1193002991

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ✓

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ✓ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ✓ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anos w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA _____

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Wilson Orozco, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Wilson Orozco
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Wilson Orozco
Cedula de ciudadanía: 1123999119 de Maicao

Lanies Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia
Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Wilson Orozco FECHA DE NACIMIENTO 21/05/15 EDAD 28

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC __ T.I __ N° IDENTIFICACION: 1123999119

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER ☐

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Caja Copi

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036 A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Glorimar Paredes, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Glorimar Paredes

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Glorimar Paredes

Cédula de ciudadanía: 5324640 de Venezuela

Lanies Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Glorimar Paredes FECHA DE NACIMIENTO 14/01/02 EDAD 23

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC __ T.I __ N° IDENTIFICACION: 5324640

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Laura Epina Yu, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Laura Epina Yu
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Laura Epina Yu
Cedula de ciudadanía: 1124531214 de Maicao

Lanics Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanics Mejia
Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Laura Epinayú FECHA DE NACIMIENTO 19/12/1991 EDAD 33

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. ☐ N° IDENTIFICACION: 1124531214

SEXO: HOMBRE ☐ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA ☐ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Mairily Quintero, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Mairily Quintero

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Mairily Quintero

Cédula de ciudadanía: 7074670 de Venezuela

Lanies Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
NIt. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Gugira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Mairily Quintero FECHA DE NACIMIENTO 06/08/97 EDAD 27

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC_ T.I_ N° IDENTIFICACION: 7074670

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE DSK

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Marlene Palencia, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Marlene Palencia
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Marlene Palencia
Cedula de ciudadanía: 25975506 de Cartagena

Lanies Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia
Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Marlene Palencia FECHA DE NACIMIENTO 21/07/95 EDAD 29

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 25975506

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE N.E.P.S

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Dimas Duarte, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.
Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Dimas Duarte
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Dimas Duarte
Cedula de ciudadanía: 7736983 de _____

Lanies Mejia
Firma del profesional que realizo la consejería

Nombre: Lanies Mejia
Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Gujira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Dimas Duarte FECHA DE NACIMIENTO 14/01/68 EDAD 57

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 7736983

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER _____

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE N.EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Sharit Iguaran, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.
Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Sharit Iguaran

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Sharit Iguaran

Cédula de ciudadanía: 1134169798 de Colombia

Lanices Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanices Mejia

Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO ShariT Iguaran FECHA DE NACIMIENTO 16/02/08 EDAD 18

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 1134169998

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Anzor Igwaran FECHA DE NACIMIENTO 29/12/86 EDAD 38

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 1134003739

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Caja Copo

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Anuar Igwaran, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Anuar Igwaran
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Anuar Igwaran
Cedula de ciudadanía: 1134003739 de Colombia

Lanies Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia
Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
NIt. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.L.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Gujaira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO YuribeTh Morales FECHA DE NACIMIENTO 18/07/1966 EDAD 28

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC _____ T.I _____ N° IDENTIFICACION: 5896565

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE N. EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, JuribeTh Morales, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

JuribeTh Morales
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: JuribeTh Morales
Cédula de ciudadanía: 5896565 de Venezolana

Lanics Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanics Mejia
Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Norlen Tovar FECHA DE NACIMIENTO 01/09/85 EDAD 39
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 39492620
SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE A. Wayuu

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒
NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Marlen Tovar, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Marlen Tovar
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Marlen Tovar
Cedula de ciudadanía: 39492620 de Colombia

Lanies Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanies Mejia
Número del registro profesional 56.084.784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Yomari Quintas, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Yomari Quintas

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Yomari Quintas

Cédula de ciudadanía: 34632111 de Venezuela

James Mejra

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: James Mejra

Número del registro profesional 56.084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.L.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO Guajiro MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Yormari Quintanilla FECHA DE NACIMIENTO 01/11/88 EDAD 36

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC _ T.J _ N° IDENTIFICACION: 24632111

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Arue W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H0364



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Geraldine Mendez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Geraldine Mendez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Geraldine Mendez
Cedula de ciudadanía: 5958260 de Maica, Guajira

Laines Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Laines Mejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Geraldine Mendez FECHA DE NACIMIENTO 17/09/87 EDAD 37
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC __ T.I. __ N° IDENTIFICACION: 5958260
SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒
NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Mario palmar, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Mario palmar
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Mario palmar
Cedula de ciudadanía: 21162803 de Risaralda

Lanios Hejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanios Hejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI J.P.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Mario palmar FECHA DE NACIMIENTO 23/09/82 EDAD 42
DOCUMENTO IDENTIFICACION: C.C. ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 21162803
SEXO: HOMBRE ☒ MUJER _____
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE N.EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIÓNES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Veronica Guerrero, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Veronica Guerrero
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Veronica Guerrero
Cedula de ciudadanía: 4903235 de Maicao

Lanres Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanres Mejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Veronica Guerrero FECHA DE NACIMIENTO 06/05/82 EDAD 43

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC_ T.I_ N° IDENTIFICACION: 4903235

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Caja Costi

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A84036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Joaquin Gallardo, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Joaquin Gallardo
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Joaquin Gallardo
Cedula de ciudadanía: 49014780 de Maicao

Laines Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Laines Mejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

807

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Joaquin Gallardo FECHA DE NACIMIENTO 06/10/84 EDAD 40

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC _ T.I _ N° IDENTIFICACION: 4901478

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER _____

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE NUEPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

309

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Diomara Fernandez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Diomara Fernandez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Diomara Fernandez
Cedula de ciudadanía: 5670143 de Maicao

Larries Hejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Larries Hejia
Número del registro profesional: 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Xiomara fernandez FECHA DE NACIMIENTO 18/10/86 EDAD 38

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC_ T.I_ N° IDENTIFICACION: 5670143

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Caja Copi

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A84036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Alberis fernandez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Alberis fernandez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Alberis fernandes

Cedula de ciudadanía: 32090202 de Antioquia

Lanier Mejia
Firma del profesional que realizo la consejería

Nombre: Lanier Mejia

Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Alberis fernandez FECHA DE NACIMIENTO 04/12/04 EDAD 20

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC_ T.I_ N° IDENTIFICACION: 32090702

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE N.EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A84036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nít. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio



SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Yuleza Palmar, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Yuleza palmar
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Yuleza palmar
Cedula de ciudadanía: 5596677 de Maicao

Lanier Hejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Hejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guayra MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Yoliza palmar FECHA DE NACIMIENTO 08/05/2001 EDAD 24

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ___ T.I. ___ N° IDENTIFICACION: 5596627

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI _____ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA DCABH036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio



SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Yan Muñoz, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Yan Muñoz
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Yan Muñoz
Cedula de ciudadanía: 1123992825 de Maicao

James Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: James Mejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

815

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Yan Muñoz FECHA DE NACIMIENTO 24/12/85 EDAD 37
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC__ T.I__ N° IDENTIFICACION: 1123992825
SEXO: HOMBRE ☒ MUJER _____
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE fnas w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA _____

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A84036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

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

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Groelfi Silva

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Groelfi Silva

Cedula de ciudadanía: 92029611 de Maicao

Lanier Hejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Hejia

Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI J.P.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Grodfe Silva FECHA DE NACIMIENTO 07/09/60 EDAD 57
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ___ T.I ___ N° IDENTIFICACION: _____
SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 17 6A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio



SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Yeiris Ordóñez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Yeiris Ordóñez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Yeiris Ordóñez

Cédula de ciudadanía: 4415169 de Antioquia

Lanier Mejía
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Mejía

Número del registro profesional 56084704



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Yeiner Oroboez FECHA DE NACIMIENTO 26/11/98 EDAD 43
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC_ T.I_ N° IDENTIFICACION: 4415169
SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE med. gru

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒
NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A04036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Alexander Almanza, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.
Fui informado de las medidas que se tomarán para proteger la confidencialidad de mis resultados.

Alexander Almanza
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Alexander Almanza
Cedula de ciudadanía: 12635596 de Maicao

Lanier Hejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Hejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S. -
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Alexander Almanza FECHA DE NACIMIENTO 10/04/79 EDAD 45

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 12635596

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER _____

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anasw

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Keiner Almanza, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Keiner Almanza
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Keiner Almanza
Cedula de ciudadanía: 1080540252 de Maicao

Lanier Hejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Hejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

823

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Keiner Almanza FECHA DE NACIMIENTO 18/04/2005 EDAD 20
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 1080540252
SEXO: HOMBRE ☒ MUJER _____
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE sanita

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒
NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A04036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Jhoiner Almanza, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Jhoiner Almanza

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Jhoiner Almanza

Cedula de ciudadanía: 1080540548 de Maicao

Lanier Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Mejia

Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.d.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Jhoiner Almanza FECHA DE NACIMIENTO 26/09/2006 EDAD 18

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. ☐ N° IDENTIFICACION: 1080540548

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER ☐

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Sanita

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Alicia Rodriguez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Alicia Rodriguez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Alicia Rodriguez
Cedula de ciudadanía: 51927298 de Riohacha

Lanier Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Mejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao
NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____
NOMBRE Y APELLIDO Alicia Rodriguez FECHA DE NACIMIENTO 08/07/54 EDAD 70
DOCUMENTO IDENTIFICACION: CCL ☒ T.I. ☐ N° IDENTIFICACION: 51927290
SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒
ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐
REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____
ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A0H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Andres Sanchez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Andres Sanchez

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Andres Sanchez

Cedula de ciudadanía: 123393110 de Bogota

Lanier Hejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Hejia

Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.d.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Andres Sanchez FECHA DE NACIMIENTO 25/05/2004 EDAD 21

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. ☐ N° IDENTIFICACION: 1233933110

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER ☐

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE N EPS

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA ☐ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A84036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Aly Sanchez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Aly Sanchez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Aly Sanchez
Cedula de ciudadanía: 1233933111 de Bogota

Lanier Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Mejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La MUNICIPIO _____

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Aly Sanchez FECHA DE NACIMIENTO 30/08/2006 EDAD 18

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 123393111

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER _____

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Hosseman Perez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Hosseman Perez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Hosseman Perez
Cedula de ciudadanía: 17904785 de Maicao

Lanier Mejia
Firma del profesional que realizo la consejería

Nombre: Lanier Mejia
Número del registro profesional 56 084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Hosseman Perez FECHA DE NACIMIENTO 10/06/82 EDAD 43

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. ☐ N° IDENTIFICACION: 17904785

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER ☐

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Karoly Palmar, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Karoly Palmar
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Karoly palmar
Cedula de ciudadanía: 1214463476 de Maicao

Lanier Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Mejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI J.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Karoly palmar FECHA DE NACIMIENTO 11/01/91 EDAD 34

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. ☐ N° IDENTIFICACION: 1244467476

SEXO: HOMBRE ☐ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA ☐ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Jenifer Perez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Jenifer Perez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Jenifer Perez
Cedula de ciudadanía: 1124059683 de Maicao

Lanis Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanis Mejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Jennifer Perez FECHA DE NACIMIENTO 11/01/2007 EDAD 18

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ✓ T.I. ✓ N° IDENTIFICACION: 1124059683

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ✓

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ✓ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ✓ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ✓

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Keilys Garcia, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Keilys Garcia

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Keilys Garcia

Cédula de ciudadanía: 5971783 de Maicao

Lanier Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Mejia

Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI J.P.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Kielys Garcia FECHA DE NACIMIENTO 08/10/68 EDAD 38

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC __ T.I __ N° IDENTIFICACION: 5971783

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A84036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIÓNES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Elismairi Solano, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindo la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Elismairi Solano

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Elismairi Solano

Cedula de ciudadanía: 1126251271 de Maica

Lanier Hejia

Firma del profesional que realizo la consejería

Nombre: Lanier Hejia

Número del registro profesional 56.084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI S.P.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO la Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Elismairi Solano FECHA DE NACIMIENTO 17/01/2004 EDAD 21

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I ☐ N° IDENTIFICACION: 1126251291

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Caja copi

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Gisella Montenegro, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Gisella Montenegro
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Gisella Montenegro
Cedula de ciudadanía: 1081908648 de Atlántico

Larres Hejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Larres Hejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

843

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maica

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Osella Montenegro FECHA DE NACIMIENTO 16/12/2004 EDAD 20

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 1081908648

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Caja Copi

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Maira Moya, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Maira Moya

Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Maira Moya

Cédula de ciudadanía: 40877222 de Maicao

Lanios Mejia

Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanios Mejia

Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Maira Moya FECHA DE NACIMIENTO 15/02/81 EDAD 44

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. ☐ N° IDENTIFICACION: 40877222

SEXO: HOMBRE ☐ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE ANCS W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA ☐ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A84036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

896

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Lorey Velasquez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Lorey Velasquez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Lorey Velasquez
Cédula de ciudadanía: 50896267 de Maicao

Lanier Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Mejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.S.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Liney Velasquez FECHA DE NACIMIENTO 28/07/67 EDAD 57

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC _____ T.I _____ N° IDENTIFICACION: 50896267

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE ANAS W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A84036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Argemiro Velasquez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Argemiro Velasquez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Argemiro Velasquez
Cedula de ciudadanía: 1003044256 de Maicao

Lanier Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Mejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

849

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Argemiro Velasquez FECHA DE NACIMIENTO 24/06/97 EDAD 28

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. ☐ N° IDENTIFICACION: 1003044256

SEXO: HOMBRE ☒ MUJER ☐

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO ☐

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO ☐ ESPECIAL ☐

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Amas w

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A84036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Monica Lopez, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Monica Lopez
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Monica Lopez
Cedula de ciudadanía: 1151463275 de Maicao

Lances Hejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lances Hejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Monica Lopez FECHA DE NACIMIENTO 22/11/89 EDAD 35

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC _ T.I _ N° IDENTIFICACION: 1151463275

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Amas W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A84036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Gloria Garcia, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Gloria Garcia
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Gloria Garcia
Cedula de ciudadanía: 37790872 de Maicao

Lanier Hejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Hejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI J.P.S.
Tu Salud Con Derecho Propio



PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Gloria Garcia FECHA DE NACIMIENTO 12/10/46 EDAD 78

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC __ T.I. __ N° IDENTIFICACION: 37790872

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE Anas W

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H03GA



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Omaira Plazas, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregarán los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Omaira Plazas
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Omairi Plazas
Cedula de ciudadanía: 68304768 de Maicao

Lanres Hejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanres Hejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV

NOMBRE Y APELLIDO Dmaira Platas FECHA DE NACIMIENTO 24/04/79 EDAD 46

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC _ T.I _ N° IDENTIFICACION: 68304768

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE DSK

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.L.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR LA PRUEBA PRESUNTIVA O DIAGNOSTICO DE VIH

Yo, Anyiris Diaz, certifico que he leído (o me han leído) el documento sobre consentimiento informado, contiene información sobre el propósito y beneficio de la prueba, su interpretación, sus limitaciones y sus riesgos y que entiendo su contenido.

He recibido consejería PRE-TEST (actividad realizada por un profesional de la salud para prepararme y confrontarme con relación a mis conocimientos prácticas y conductas, antes de realizarme las pruebas diagnósticas). Certifico que dicha persona me brindó la asesoría y que según su compromiso de ella también recibiré la asesoría post-prueba (procedimiento mediante el cual me entregaran los resultados) y que estoy de acuerdo con el proceso. Entiendo que la toma de muestra es voluntaria y que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que me sea tomado el examen.

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

Anyiris Diaz
Firma de la persona, quien da el consentimiento

Nombre: Anyiris Diaz
Cedula de ciudadanía: 1007469621 de Maicao

Lanier Mejia
Firma del profesional que realizó la consejería

Nombre: Lanier Mejia
Número del registro profesional 56084784



**MUNICIPIO
DE MAICAO**

Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

REGISTRO INDIVIDUAL DE ASESORIAS, PRUEBAS Y RESULTADOS VIH

FECHA _____ DEPARTAMENTO La Guajira MUNICIPIO Maicao

NOMBRE DE LA ENTIDAD QUE REALIZA LA APV _____

NOMBRE Y APELLIDO Antiris Diaz FECHA DE NACIMIENTO 05/01/2001 EDAD 24

DOCUMENTO IDENTIFICACION: CC ☒ T.I. _____ N° IDENTIFICACION: 1007469621

SEXO: HOMBRE _____ MUJER ☒

ASEGURADO AL SISTEMA DE SALUD? SI ☒ NO _____

REGIMEN: SUBSIDIADO ☒ CONTRIBUTIVO _____ ESPECIAL _____

ENTIDAD ASEGURADORA: _____ IPS QUE LO ATIENDE DSK

PROCESO	FECHA	NOMBRE DEL ASESOR	FIRMA DEL USUARIO

RESULTADO PRUEBA RAPIDA: REACTIVA _____ NO REACTIVA ☒

NUMERO DEL POTE DE LA PRUEBA RAPIDA 06A8H036A



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9

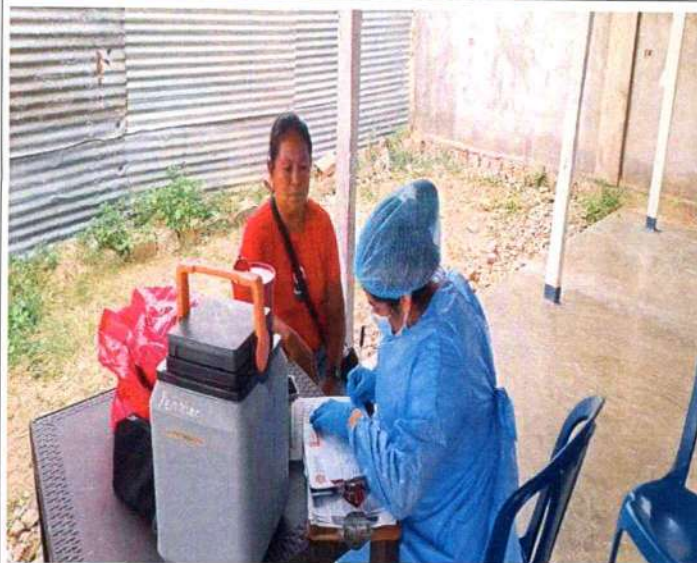
INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

REGISTRO FOTOGRAFICO

ACTIVIDAD N°: ID-329	Territorio: T24
Código Cup: I11206	Entorno: Comunitario
Fecha de ejecución: 04/07/2025	Micro territorio/Comunidad: MT04-Cristo Vive



**EBS N° 5 – PUEBLOS Y
COMUNIDADES ETNICAS Y
CAMPELINAS, MUJERES, SECTORES
LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES
POR CONDICION Y/O SITUACION.**

ID DE LA ACTIVIDAD - 347

**REALIZAR CUATRO (4) CAMPAÑAS
EDUCATIVAS DIRIGIDAS A LOS
ESTUDIANTES DE LOS GRADOS 9, 10 Y 11 DE
LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS RURALES
PRIORIZADAS, ENFOCADAS A PROMOVER
ESCENARIOS SALUDABLES, Y DE TRATO
DIGNO HACIA LA A LA POBLACIÓN
DISCAPACITADA POR SITUACIÓN O
CONDICIÓN, CON LA FINALIDAD DE REDUCIR
LA DISCRIMINACIÓN Y EL MALTRATO.**



4.7 ID ACTIVIDAD 347:

Realizar cuatro (4) campañas educativas dirigidas a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la a la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.

4.7.1 PRIORIDAD: GESTIÓN DIFERENCIAL DE LAS POBLACIONES VULNERABLES

4.7.2 DATOS INFORMATIVOS

CODIGO CUPS	I11106
FECHA	07/07/2025
TERRITORIO	T24
MICROTERRITORIO	MT :06
BARRIO O COMUNIDAD INDIGENA	I.E.I # 05 Sede: Urrain
NÚMERO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS (Según anexo técnico)	(4) campañas lúdicas
NÚMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS	1 actividad realizada en este informe
DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD	4 horas
ENTORNO	Educativo
POBLACIÓN OBJETO (Según anexo técnico)	320
POBLACIÓN INTERVENIDA* MES	JULIO: 80
INDICADOR DE PRODUCTO	<i>Resultado de lo que se hizo:</i> $80 / 320 * 100 = 25\%$
INDICADOR DE RESULTADO	<i>N° de personas intervenidas con mejora en conocimientos / N° de personas programadas) × 100</i> $80 / 320 * 100 = 25\%$



INDICADOR DE INTERVENCIONES	<i>Número de Intervenciones Realizadas / Número de Intervenciones Programadas *</i> 100 $1 / 4 * 100 = 25\%$
------------------------------------	--

4.7.3 DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Con el objetivo de promover escenarios saludables y fomentar el trato digno hacia la población con discapacidad, reduciendo la discriminación y el maltrato, se llevó a cabo una campaña educativa en la comunidad educativa de Urrain, dirigida a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11. La actividad fue liderada por el Equipo Básico de Salud N.º 5, en articulación con docentes y directivos de la Institución Educativa No. 5, como parte de las acciones establecidas en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2025.

Se concretó con la autoridad Juan Pablo Epieyu el día 03 de julio para posteriormente realización de la actividad el día 7 de julio. La jornada inició con una bienvenida donde se explicó la importancia de la inclusión, el respeto a la diversidad y la eliminación de barreras actitudinales hacia las personas con discapacidad, abordando conceptos clave sobre derechos humanos, igualdad de oportunidades y participación social. Para ello, se utilizaron recursos visuales y audiovisuales adaptados al contexto educativo, con el fin de facilitar la comprensión y generar mayor empatía en el estudiantado.

Posteriormente, se distribuyeron folletos informativos con mensajes claros y sencillos que destacaban prácticas de trato digno, lenguaje inclusivo y medidas para prevenir cualquier forma de discriminación. Se desarrollaron actividades lúdicas y participativas como debates guiados, dinámicas de roles y juegos de sensibilización, que permitieron a los estudiantes reflexionar sobre las experiencias cotidianas de las personas con discapacidad y reconocer la importancia de construir entornos escolares inclusivos.

Durante la jornada, se presentaron casos reales y testimonios que visibilizaron las barreras físicas, sociales y culturales que enfrentan las personas con discapacidad, generando un espacio de diálogo abierto para compartir ideas y proponer soluciones colectivas. Finalmente, se concluyó con un compromiso grupal para replicar los mensajes de respeto y trato digno en la escuela, el hogar y la comunidad.

Esta intervención educativa contribuyó significativamente al fortalecimiento de valores de inclusión, respeto y solidaridad en la comunidad educativa de Urrain,



reafirmando el rol de la escuela como agente de cambio en la prevención de la discriminación y la promoción de entornos saludables para todas las personas.

4.7.4 SISTEMA DE EVALUACION:

La actividad fue evaluada mediante la participación activa de estudiantes, docentes y directivos, quienes compartieron percepciones, vivencias y propuestas para mejorar el trato digno e inclusivo hacia las personas con discapacidad en el entorno escolar. Se generó un espacio de reflexión sobre la importancia de la empatía, el respeto y la eliminación de barreras físicas y actitudinales como elementos clave para garantizar la igualdad de oportunidades.

Preguntas pedagógicas aplicadas:

1. ¿Qué significa trato digno hacia una persona con discapacidad?
R/: Es reconocer y respetar sus derechos, brindarle las mismas oportunidades que a los demás y evitar cualquier forma de discriminación o exclusión.
2. ¿Cómo se pueden promover entornos escolares inclusivos?
R/: Adecuando los espacios físicos, fomentando la participación activa de todos los estudiantes y promoviendo campañas de sensibilización y educación en valores.
3. ¿Qué acciones cotidianas ayudan a prevenir el maltrato o discriminación hacia personas con discapacidad?
R/: Usar un lenguaje respetuoso, ofrecer apoyo cuando sea necesario, evitar burlas o comentarios ofensivos, y fomentar el trabajo en equipo y la integración.

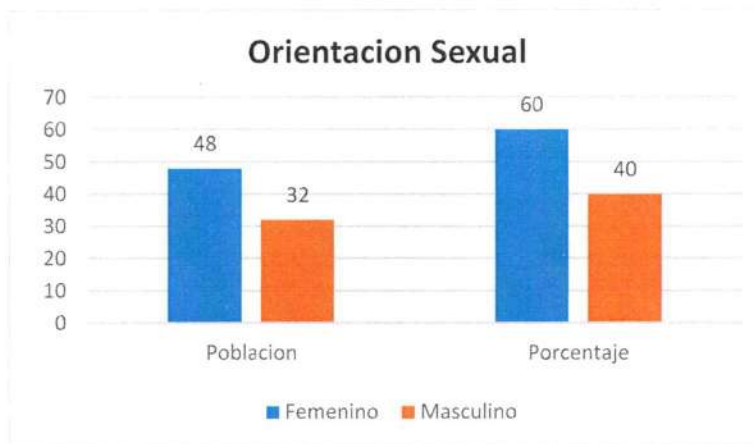
4.7.5 DESCRIPCIÓN DE TABLAS GRAFICOS Y ANALISIS

4.7.5.1 TABLA 1. Identificación de población por sexo, en las campañas educativas, a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.

F	M
48	32
60%	40%



4.7.5.1.1 GRAFICA 1. Identificación de población por sexo, en las campañas educativas, a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.



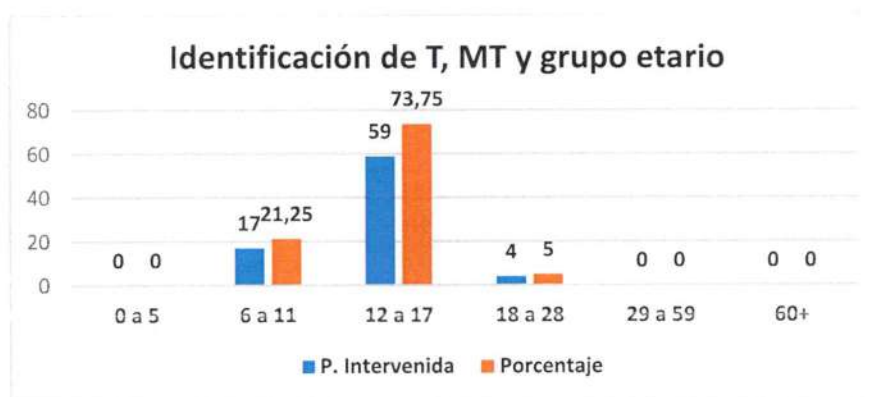
Durante la jornada educativa sobre la gestión diferencial de las poblaciones vulnerables, dirigida a la población de la Institución Educativa Indígena #5 sede Urrain, en el municipio de Maicao, se contó con la participación activa de 80 personas en total. La distribución por sexo fue la siguiente: 48 mujeres, que representan el 60% de la población total intervenida, y 32 hombres, que representan el 40%.

4.7.5.2 Tabla 2. Identificación de T, MT y grupo etario, en las campañas educativas, a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.



TERRIT ORIO	MICROTE RITORIO (MT)	BARRIO /COMUNIDADES	N° PÉRSNAS INTERVENI DAS		0-5		6-- 11		12--17		18--28		29--59		60+	
T24	06	I.E.I # 05 Sede: Urrain	80		0		17		59		4		0		0	
			F	M	0	0	9	8	37	22	2	2	0	0	0	0
TOTAL			80		0		17		59		4		0		0	

4.7.5.2.1 Grafica 2. Identificación de T, MT y grupo etario, en las campañas educativas, a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.



Durante la jornada educativa sobre la gestión diferencial de las poblaciones vulnerables, dirigida a la población de la Institución Educativa Indígena #5 sede Urrain, en el municipio de Maicao, se registró una participación total de 80 personas, distribuidas en distintos rangos etarios.

La gráfica demuestra:

La mayor participación se concentró en el grupo de edad de 12 a 17 años, con 59 personas, lo que corresponde al 73,75% de la población total intervenida. Le sigue el grupo de niños de 6 a 11 años, con 17 participantes, que representan el 21,25%. El grupo de jóvenes entre 18 y 28 años tuvo una participación de 4 personas, que

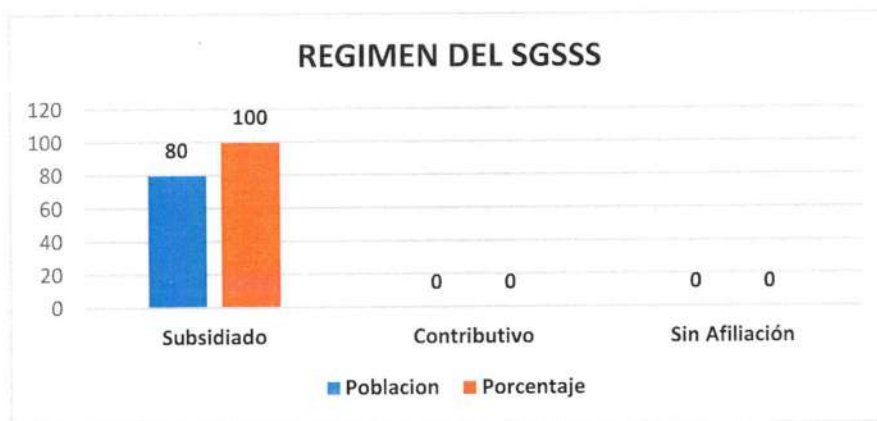


constituyen el 5%. No se registró participación en los rangos de edad de 0 a 5, 29 a 59 y 60 años y más.

4.7.5.3 TABLA 3. Identificación de población por régimen del SGSSS, en las campañas educativas, a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.

SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	NO AFILIADO
80	0	0

4.7.5.3.1 GRAFICA 3. Identificación de población por régimen del SGSSS, en las campañas educativas, a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.



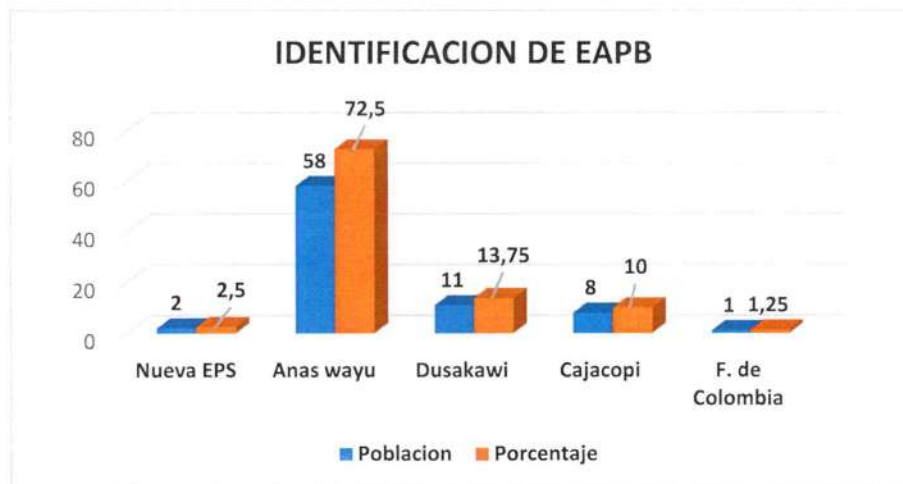
Durante la jornada educativa sobre la gestión diferencial de las poblaciones vulnerables, dirigida a la población de la Institución Educativa Indígena #5 sede Urrain, en el municipio de Maicao, se evidenció información sobre el régimen de afiliación en salud de los 80 participantes. Según los datos obtenidos: 80 personas, que representan el 100%, pertenecen al régimen subsidiado. Esto evidencia que la totalidad de la población beneficiada en esta actividad cuenta con apoyo del Estado para acceder a los servicios de salud.



4.7.5.4 **TABLA 4. Identificación por EAPB, en las campañas educativas, a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.**

Nueva Eps	Anas Wayuu	Dusakawi	Cajacopi	F. de Colombia
2	58	11	8	1
2.5	72.5	13.7	10	1.25

4.7.5.4.1 **Grafica 4. Población identificada por EAPB, en las campañas educativas, a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.**



Se evidencia en la gráfica que, durante la jornada educativa sobre la gestión diferencial de las poblaciones vulnerables, dirigida a la población de la Institución Educativa Indígena #5 sede Urrain en el municipio de Maicao, se logró caracterizar a los 80 participantes según su afiliación a Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB).

Los datos muestran que la EAPB con mayor afiliación entre la población atendida es Anas Wayuu, con 58 personas, lo que representa el 72,5% del total. Esta EAPB

867



representa el mayor porcentaje de la población atendida, con una presencia significativa en el territorio donde opera esta entidad.

El resto de los participantes se encuentran distribuidos en otras EAPB de la siguiente manera: Dusakawi cuenta con 11 afiliados, que representan el 13,75%, seguido de Cajacopi con 8 afiliados (10%). Nueva EPS tiene 2 afiliados (2,5%) y Familiar de Colombia cuenta con 1 afiliado, que representa el 1,25% del total de las personas intervenidas.

4.7.5.5 Tabla 5. Población identificada en Riesgo – Resolución 3280 de 2018, en las campañas educativas, a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.

	M T	BARRIO/ COMUNIDADES	Nº PERSONAS INTERVENIDAS	0-5	6--11	12-- 17	18-- 28	29-- 59	60+	GESTANTE/ LACTANTE	RIESGO IDENTIFICADO (RES. 3280 DE 2018)	EAPB	DERIVACIÓN APLICADA AL RIESGO IDENTIFICADO
T 24	06	I.E.I # 05 Sede: Urrain	80	0	17	59	4	0	0	0	No se identificaron riesgos asociados a la Res. 3280 de 2018	-	-
TOTAL			80	0	17	59	4	0	0	0	0 personas con riesgos identificados	-	-

Nota: por ser municipio sentenciado debemos tener mucha claridad frente a la identificación de riesgos de niñas y niños de 0 a 5 años, mujeres gestantes y lactantes.

969



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9

INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

4.7.5.5.1 GRAFICA 5. Población identificada en riesgo – resolución 3280 de 2018, en las campañas educativas, a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.



Durante la ejecución de la Actividad ID: 347 “Realizar cuatro (4) campañas educativas dirigidas a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la a la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.”, no se identificaron riesgos directos relacionados con las rutas de atención establecidas en la Resolución 3280 de 2018. Este hallazgo es crucial, ya que la Resolución 3280 de 2018 define los estándares y procedimientos para la atención integral en salud, y la ausencia de riesgos en este ámbito sugiere una adecuada alineación de la actividad con las normativas de salud pública. No obstante, el equipo implementador mantiene una vigilancia comunitaria constante con el fin de identificar cualquier riesgo emergente en los diversos territorios y micro territorios, tanto en las zonas urbanas como rurales del municipio de Maicao.



4.7.5.6 Grafica 6. Identificación de población en riesgo por grupo etario, en las campañas educativas, a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.



Durante la ejecución de la Actividad ID: 347 “Realizar cuatro (4) campañas educativas dirigidas a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la a la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.”, no se identificaron riesgos directos relacionados con las rutas de atención establecidas en la Resolución 3280 de 2018. Este hallazgo es crucial, ya que la Resolución 3280 de 2018 define los estándares y procedimientos para la atención integral en salud, y la ausencia de riesgos en este ámbito sugiere una adecuada alineación de la actividad con las normativas de salud pública. No obstante, el equipo implementador mantiene una vigilancia comunitaria constante con el fin de identificar cualquier riesgo emergente en los diversos territorios y micro territorios, tanto en las zonas urbanas como rurales del municipio de Maicao.

Estas identificaciones de los riesgos se derivaron según lo establecido en la resolución 3280 de 2018, enfocando la actividad en el modelo de atención primaria en salud, desarrollando actividades de promoción y gestión del riesgo en el micro territorio establecido según el lineamiento técnico operativo (Anexo Técnico).



4.7.6 LOGROS

- De la campaña educativa, dirigida a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas en el municipio de Maicao, en el territorio 24 MT: 06 I.E.I. #05 Sede: Urrain, enfocada en promover escenarios saludables y el trato digno hacia la población con discapacidad por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato. Se ejecutó una (1) intervención que representa el 25% ($1/4 \times 100$) de cumplimiento de intervenciones programadas en este informe.
- De una cobertura poblacional programada (320 personas), se intervino en este informe en el territorio 24 MT: 06 I.E.I. #05 Sede: Urrain un total de 80 personas, lo que representa un 25% ($80/320 \times 100$) de la población objetivo-intervenida.
- De una cobertura poblacional programada (320 personas), se intervino en este informe en el territorio 24 MT: 06 I.E.I. #05 Sede: Urrain, un total de 80 personas durante el mes de julio, lo que representa un avance del 25% ($80/320 \times 100$) de cobertura poblacional, cumpliendo de manera parcial el indicador establecido.

4.7.7 INDICADORES RESOLUCION 3280 DE 2018

4.7.7.1 INDICADOR DE PRODUCTO SEGÚN RESOLUCIÓN 3280 de 2018

Proporción de personas que asisten a la campaña educativa, dirigida a las instituciones educativas rurales priorizadas en el municipio de Maicao, enfocada en promover escenarios saludables y de trato digno hacia la población con discapacidad, con el fin de reducir la discriminación y el maltrato.

De 320 personas programadas en el trimestre, asistieron en esta jornada 80 personas en esta actividad, lo que proporcionalmente representa el 25% ($80/320 \times 100$) en el territorio 24 MT: 06 I.E.I. #05 Sede: Urrain, según el lineamiento técnico operativo.

4.7.7.2 INDICADOR DE RESULTADO SEGÚN 3280 DE 2018

Proporción de personas que asisten a la campaña educativa, dirigida a las instituciones educativas rurales priorizadas en el municipio de Maicao, enfocada en promover escenarios saludables y el trato digno hacia la población con discapacidad, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.



De 320 personas programadas, asistieron en esta jornada 80 personas en este informe, para una proporción que representa 25% ($80/320 \times 100$), avanzando en el cumplimiento del indicador, en el territorio 24 MT: 06 I.E.I. #05 Sede: Urrain.

4.7.8 CONCLUSIONES

La jornada de tamizaje y sensibilización en el barrio Cristo Vive, enmarcada en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) 2025, fue una intervención exitosa para fortalecer la salud sexual en la comunidad. La actividad logró una participación notable de 120 personas, concentrándose en grupos clave como los adultos jóvenes (18-28 años) y de mediana edad (29-59 años), quienes demostraron un gran interés en temas de prevención. Al combinar la educación con la acción directa de ofrecer pruebas de VIH y Hepatitis B en un entorno confidencial, se cumplió un rol crucial de sensibilización y prevención, incluso sin identificar casos positivos. El hecho de que la mayoría de los asistentes pertenezca al régimen de salud subsidiado subraya la importancia de llevar estos servicios a las poblaciones más vulnerables, lo que refuerza el vínculo entre la comunidad y el sistema de salud. En conclusión, la jornada no solo educó, sino que también empoderó a los participantes a tomar decisiones responsables, contribuyendo a la creación de un entorno más informado y saludable.

4.7.8.1 DIFICULTADES

- Resistencia inicial de algunos estudiantes para participar en las actividades por desconocimiento sobre los derechos y el trato digno hacia las personas con discapacidad.
- Limitaciones en la asistencia de la población objetivo, debido a factores como ausentismo escolar y dificultades de transporte en zonas rurales.

4.7.8.2 RETOS

- Ampliar la cobertura de las campañas educativas hacia otras instituciones rurales para sensibilizar sobre el trato digno hacia personas con discapacidad.
- Fortalecer la articulación interinstitucional para garantizar la inclusión de la temática en los proyectos pedagógicos institucionales.



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9

INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

- Incorporar actividades permanentes en el currículo escolar que promuevan la no discriminación y la convivencia inclusiva.
- Garantizar seguimiento y retroalimentación a las comunidades intervenidas para medir el impacto y continuidad de las acciones educativas.

4.7.9 MEDIOS DE VERIFICACIÓN

- Registro de asistencia.
- Acta de reunión o concertación.
- Registro fílmico (fotografías y/o videos).



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9

INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

4.7.10 ANEXOS

EL SUSCRITO REPRESENTANTE LEGAL DE LA FUNDACION AVANCES

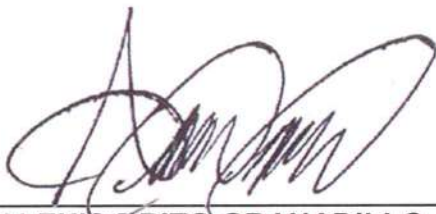
CERTIFICA:

Que se emitieron paquetes de Cuñas Radiales y Perifoneos Informativos del **EJE ESTRATEGICO - PUEBLOS Y COMUNIDADES ETNICAS Y CAMPESINAS, MUJERES, SECTORES LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICION Y/O SITUACION EN LA PRIORIDAD DE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS** con los siguientes temas y en las actividades que a continuación se describen:

ACTIVIDAD
ACTIVIDAD ID 347. Realizar cuatro (4) campañas educativas dirigidas a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la a la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.

Para mayor constancia, esta certificación se expide a los 02 días del mes de Agosto de 2025.

Atentamente;



ALEXIS BRITO GRANADILLO.
C.C. 84.048.648 De Maicao.
Representante Legal.



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9

INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

EJE ESTRATEGICO PUEBLOS Y COMUNIDADES ETNICAS Y CAMPESINAS, MUJERES, SECTORES LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICION Y/O SITUACION

ACTIVIDAD -347 . Realizar cuatro (4) campañas educativas dirigidas a los estudiantes de los grados 9, 10 y 11 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la a la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.

PENDON

PRIORIDAD GESTIÓN DIFERENCIAL DE LAS POBLACIONES VULNERABLES

FOMENTEMOS

**LAS BUENAS PRÁCTICAS Y
EL TRATO DIGNO
PARA LAS**

PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Secretaría de
Salud

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio!

Carrera 15 # 5 - 41 Barrio Boscán - Maicao - La Guajira
Teléfono 7255976- 7250252 Cel. 301 3947153 – 304 6242909

Pag Web: www.ipsiwayuutalatshi.com - E-mail: picmaicao2024@gmail.com



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9

INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

EJE ESTRATEGICO PUEBLOS Y COMUNIDADES ETNICAS Y CAMPESINAS, MUJERES, SECTORES LGBTIQ+ Y OTRAS POBLACIONES POR CONDICION Y/O SITUACION

ACTIVIDAD -347 . Realizar cuatro (4) campañas educativas dirigidas a los estudiantes de los grados 9, 10 y 1 de las instituciones educativas rurales priorizadas, enfocadas a promover escenarios saludables, y de trato digno hacia la a la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir la discriminación y el maltrato.

VOLANTE

**PRIORIDAD GESTIÓN DIFERENCIAL
DE LAS POBLACIONES VULNERABLES**

FOMENTEMOS

**LAS BUENAS PRÁCTICAS Y
EL TRATO DIGNO
PARA LAS**

**PERSONAS CON
DISCAPACIDAD**

NO SE DICE	SE DICE
Discapacitado, minusválido o invalido.	PERSONA CON DISCAPACIDAD
Padece, sufre de una discapacidad.	TIENE CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD
"Pobrecito"	
Sordo.	PERSONA SORDA
Ciego.	PERSONA CIEGA
Sordomudo.	

**Secretaría de
Salud**

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

WAYUU TALATSHI I.P.S.A.
Tu Salud Con Derecho Propio!

ROTAFOLIO

TRATO DIGNO HACIA LA POBLACION DISCAPACITADA

POR SITUACIÓN O CONDICIÓN



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

WAYUU TALATSHI I.P.S.I.
Tu Salud Con Derecho Propio



Secretaría de
Salud



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

ACTA DE CONCERTACIÓN

Fecha: 05-07-2025	Hora: 09:00 Am
Comunidad: I.E.L #5 Sede: Urrain	Operador PIC: Wayuu Talatshi

En Cumplimiento a la Sentencia T – 302 DE 2017, Auto 696 de 2022 y Auto 274 de 2023, el Ente Municipal por medio del Funcionario (a) Tania Martinez del plan de salud de intervenciones colectivas PIC se dirige al Líder y/o Autoridad Tradicional de la Comunidad I.E.L #5 Sede: Urrain, Ubicada en territorio 24, micro territorio 05, con el fin de concertar el ingreso a su comunidad para desarrollar actividades de gestión del riesgo y promoción de la salud, tales como la actividad mencionada a continuación:

1 Campaña educativa dirigida a los estudiantes de las instituciones educativas Priorizadas, enfocadas a Promover escenarios Saludables, y de trato digno hacia la población discapacitada por situación o condición, con la finalidad de reducir el maltrato.

esta actividad en mención será llevada a cabo a los 07 días del mes de Julio del 2025, en el municipio de Maicao, la Guajira.

Yo Juan Pablo Espino, identificada con el Tipo y N° de Documento 40.321.432 de Líder y/o Autoridad Tradicional de la Comunidad I.E.L #5 Sede: Urrain permito la entrada a la comunidad para que realicen las diferentes actividades.

FIRMA DEL LIDER

[Firma]
Teléfono: 312 6247803



Huella

FIRMA DEL FUNCIONARIO: Tania Martinez

Nombre y Apellidos: Tania Martinez Solis

Cargo: Promotor

Firma: Tania Martinez



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

FORMATO DE ACTAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC WAYUU TALATSHI I.P.S.I 2025

ACTA N°: 01	FECHA: 7/07/25
ID DE LA ACTIVIDAD: 347	
DEPARTAMENTO: LA GUAJIRA	MUNICIPIO: MAICAO
LUGAR: T: 24 H: 08 L.E. 1 #05 Sede Urrutín	HORA INICIO: 7:00 Am HORA TERMINACION: 12:00 pm
NOMBRE DEL EJE: Pueblos y comunidades Genero - Diversidades, Condiciones y Situaciones	
NOMBRE DE LA PRIORIDAD: Gestión Diferencial de la Población Vulnerable	
RESPONSABLE: Luis Eduardo Contreras	

NOMBRES	CARGO	INSTITUCION A LA QUE PERTENECE
1. Luis Eduardo Contreras	Médico	pic
2. Camilo Mejía	Enfermero	pic
3. Tania Martínez	Promotora	pic
4. Johana Plana	AUX E	pic
5. Elisabeth Quintero	AUX E	pic
6.		
7.		

OBJETIVO:

Educar a los estudiantes sobre el trato digno a la población discapacitada con el fin de reducir la discriminación y el maltrato



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

IDENTIFICACION DE LA ACTIVIDAD A REALIZAR

1. ASISTENCIA TECNICA()	2. ACOMPAÑAMIENTO/ASESORIA()	3. VISITAS DE INSPECCION()
4. CAPACITACION()	5. REUNION(✓)	6. VISITAS DE SEGUIMIENTO()
7. OTROS()		

ORDEN DEL DIA / AGENDA

Oración a Dios
Presentación
Socialización
Preguntas
Despedida.

GENERALIDADES DE LA REUNION / DESARROLLO AGENDA / CONCLUSIONES Y DECISIONES

El equipo del Plan de intervenciones Colectivas Pic municipal, en articulación con Secretaria de salud, y la alcaldía municipal se dirige al T:24, microterritorio 08 I.E.I #05 sede: Urrain, Para llevar a cabo 1 Campaña educativa dirigida a los estudiantes de los grados 9, 10, y 11. Enfocadas a Promover escenarios saludables, y de trato digno



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
NIt. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

hacia La Población discapacitada Por Situación o Condición, con la Finalidad de reducir La discriminación y el maltrato. En donde se inicia realizando Una dinámica y así Poder romper el hielo. Así mismo explicando que La Creación de escenarios saludables y el trato digno hacia esta Población Son Fundamentales Para Promover La inclusión y reducir La discriminación y el maltrato, que Por medio de los escenarios saludables Puedan tener Accesibilidad Física, Comunicación accesible, inclusión en La educación, empleo inclusivo y Por medio del trato digno; La Empatía y el respeto, comunicación respetuosa, Autonomía y Participación, Acceso a Servicios de Salud, y Poder tener múltiples Beneficios y a si mejorar La calidad de vida, conciencia y educación y el Desarrollo Sostenible.

Al Finalizar Se agradece La Participación Por Parte de Los asistentes, en donde se necesito la ayuda de un Pendón y Volantes Informativos Para mejorar manera de entendimiento.



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

SECRETARIA DE SALUD

CONCLUSIONES

En Conclusión se les informa a los estudiantes de la importancia y el respeto hacia las Personas con esta discapacidad.

NOMBRE Y APELLIDOS	TELEFONO	INSTITUCION O CARGO	FIRMA
1. Jonpublo Eporeyu E.	3126217803	Rector	Jonpublo E.
2. Luis Contreras	3023882631	Médico	Luis Contreras
3. Tania Martinez	3015331772	Promotora	Tania Martinez
4. Yohenis Mena	3005869977	Aux Enfe	Yohenis Mena
5. Lanyes Mejia	3043553710	Enfermera	Lanyes Mejia
6. Luz Sibeth Guerrero	3243960972	Aux Enf	Luz Sibeth Guerrero
7.			
8.			

FIRMA DE QUIEN ELABORA EL ACTA:

Tania Martinez



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Pueblos y Comunidades Generos - Diversidades Condiciones y Situaciones</i>		
ACTIVIDAD: <i>1037 Realizar campamentos educativos a los estudiantes 9-11 para promover la dignidad a la población discapacitada para reducir la discriminación y el maltrato.</i>	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>M+08 I.E.I #05 Sede Urrain</i>	
FECHA: <i>7/07/25</i>	HORA DE INICIO: <i>7:00 Am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>12:00 pm</i>

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Kamili Medina	117514582	F	14	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 2U	3117402976	Caja COP1					✓			Kamili M
2	Brayon Muñoz	1121303048	M	17	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 2U	3117693421	DKS					✓			Brayam
3	Inez Ortega	1121541181	F	14	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 2U	3106465415	DKS					✓			Inez Ortega
4	Mariana Ortega	1121541153	F	15	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 2U	3117693421	DKS					✓			Mariana
5	Yaser Ortiz	1121541426	M	15	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 2U	3127346902	Anas Wayuu					✓			Yaser
6	Auri Pabon	1121541638	F	14	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 2U	3127346902	Anas Wayuu					✓			Auri
7	Anaislin Palacio	11491018807	F	12	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 2U	3127346902	DKS					✓			Anaislin Perez
8	Dairo paz	1121541143	M	14	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 2U	3145308827	DKS					✓			Dairo Perez
9	Bellunit Perez	1121539133	F	15	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 2U	3145308827	Caja COP1					✓			Bellunit Perez
10	Yulieith Rocha	1124028926	F	16	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 2U	3107566351	DKS					✓			Yulieith Rocha



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD



NOMBRE DEL EJE:	Pueblos y Comunidades Generos- Diversidades Condiciones y Situaciones		
ACTIVIDAD:	Realizar Campañas educativas a los estudiantes de 9-11 para promover el trato digno a la población Discapacitada para reducir la Discriminación y el maltrato.		
FECHA:	7/07/25	HORA DE INICIO:	7:00 Am
		HORA DE FINALIZACION:	12:00pm
TERRITORIO Y MICROTERRITORIO:		MH08 I.E.I #05 Sede Urrain	

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Alvio Gonzalez	1124008487	M	19	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 24	3212853556	Caja lap 1					✓			Alvio Gonzalez
2	Dara Tibesay Gonzalez	112400857	F	19	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 24	3215689633	Aw					✓			Dara Tibesay
3	Kelianis Ramirez	112537663	F	17	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 24	322689633	Aw					✓			Kelianis R.
4	Difer Ramirez	1124057222	M	12	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 24	322689633	Aw					✓			DIFER R.
5	Ricardo Ibarca	112548697	M	10	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 24	3146042024	Aw					✓			Jhon Blanco
6	Jhon Blanco	1124091440	M	10	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 24	3022424945	Aw					✓			Leidy Gonzalez
7	Leidy Gonzalez	1124057529	F	13	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 24	3022424945	Anas					✓			Jorge Vega
8	Leidy Gonzalez	117716706	F	11	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 24	3022424945	Anas					✓			Leidy Gonzalez
9	Jorge Vega	113170708	M	16	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 24	3022424945	Anas					✓			Jorge Vega
10	Yerner Villalbo	1114394856	M	13	I.E.I #05 Sede Urrain	Territorio 24	302224945	Anas					✓			Yerner Villalbo



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Pueblos y comunidades Género - Diversidades Condiciones y Situaciones</i>		
ACTIVIDAD: <i>DO 347 Componente educativo dirigido a los estudiantes de 9 a 11 para promover trato digno a la población discapacitada, para reducir la Discriminación</i>		TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>Mt 08. IEI #05 Sede Urrain</i>
FECHA: <i>7/07/25</i>	HORA DE INICIO: <i>7:00 Am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>12:00pm</i>

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Zujeidi Ipuana	1121549409	F	10	IEI #05 Sede Urrain	territorio 24	3117402476	Aw					✓			Zujeidi
2	Roxibel Gonzalez	1124070879	F	10	IEI #05 Sede Urrain	territorio 24	3135126873	Aw					✓			Roxibel
3	Juan Gonzalez	1124070880	M	13	IEI #05 Sede Urrain	territorio 24	3135126873	Aw					✓			Juan gonzalez
4	Franyelin Gonzalez	1124070882	F	14	IEI #05 Sede Urrain	territorio 24	3135126873	Aw					✓			Franyelis G
5	Zaira Flor	1124036937	F	15	IEI #05 Sede Urrain	territorio 24	3225688633	Aw					✓			Zaira Flor
6	Yoryanis Gonzalez	1149184832	F	16	IEI #05 Sede Urrain	territorio 24	3107566351	Aw					✓			Yoryanis gonzal
7	Anatoniw Gonzalez	1124066351	M	12	IEI #05 Sede Urrain	territorio 24	3225406683	Aw					✓			Anatoniw Go...
8	Evencio Gonzalez	1124054537	M	10	IEI #05 Sede Urrain	territorio 24	3115619054	Aw					✓			Evencio
9	Yader Jusayuu	1121545041	M	12	IEI #05 Sede Urrain	territorio 24	3106502788	Aw					✓			Yader Jusayuu
10	Norielis Jayarayu	1121547517	F	11	IEI #05 Sede Urrain	territorio 24	3106502788	Aw					✓			Norielis



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



WAYUU TALATSHI I.P.S.J.
Tu Salud Con Derecho Propio

PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Pueblos y comunidades Generos - Diversidades Condiciones y Situaciones</i>		
ACTIVIDAD: <i>ID347 Campaña educativa dirigida a los estudiantes de 9 a 11 para promover un trato digno a la población discapacitada para reducir la discriminación y el maltrato</i>	TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>Mt08 I.E.I #05 Sede Urrain</i>	
FECHA: <i>7/07/25</i>	HORA DE INICIO: <i>7:00 am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>12:00 pm</i>

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	<i>Violeta Gonzalez</i>	<i>1121540075</i>	<i>F</i>	<i>15</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3145308827</i>	<i>Caja copi</i>					<i>✓</i>			<i>Violeta gonzalez</i>
2	<i>Mileidis Hernandez</i>	<i>1124048372</i>	<i>F</i>	<i>14</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3145308827</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Mileidis A</i>
3	<i>Zabier Horta</i>	<i>1151455685</i>	<i>M</i>	<i>16</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3145308827</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Zabier Horta</i>
4	<i>Daniela Ipuano</i>	<i>1121540485</i>	<i>F</i>	<i>14</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3211421811</i>	<i>DKS</i>					<i>✓</i>			<i>Daniela Ipuano</i>
5	<i>Angelica Ipuano</i>	<i>1175713592</i>	<i>F</i>	<i>15</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3211421811</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Angeles</i>
6	<i>Dayana Jaimez</i>	<i>1063651683</i>	<i>F</i>	<i>13</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3188946160</i>	<i>Caja copi</i>					<i>✓</i>			<i>Dayana</i>
7	<i>Keils Jesus</i>	<i>1124070556</i>	<i>F</i>	<i>16</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3127933583</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Keils Jesus</i>
8	<i>Wilmer Lopez</i>	<i>1175714046</i>	<i>M</i>	<i>14</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3127933583</i>	<i>DKS</i>					<i>✓</i>			<i>Wilmer Lopez</i>
9	<i>Katherine Marin</i>	<i>1134769950</i>	<i>F</i>	<i>17</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>31368332300</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Katherine Marin</i>
10	<i>Maria Martinez</i>	<i>1121542794</i>	<i>F</i>	<i>13</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>31368332300</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Glauria Martinez</i>



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Pueblos y comunidades generos - Diversidades Condiciones y Situaciones</i>		
ACTIVIDAD: <i>ID 347 Campaña educativa dirigida a los estudiantes de 9 a 11 para promover trato digno a la población discapacitada para reducir la discriminación y el maltrato</i>		TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>M+08 I.E.I #05 Sede Urrain</i>
FECHA: <i>7/07/25</i>	HORA DE INICIO: <i>7:00 Am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>12:00pm</i>

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	<i>Alanis Epiayuv</i>	<i>1124069659</i>	<i>F</i>	<i>12</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3145308827</i>	<i>Anas wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Alanis Epiayuv</i>
2	<i>Jose Rodriguez</i>	<i>1122844623</i>	<i>M</i>	<i>14</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3140308827</i>	<i>Anas wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Jose Rodriguez</i>
3	<i>Edalia Epiayuv</i>	<i>1121545412</i>	<i>F</i>	<i>12</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3145308827</i>	<i>Anas wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Edalia Epiayuv</i>
4	<i>Lis Melisa Igwaran</i>	<i>1124072071</i>	<i>F</i>	<i>10</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3211421811</i>	<i>Anas wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Lis melisa I</i>
5	<i>Camilo Jusuyuv</i>	<i>1124052072</i>	<i>M</i>	<i>15</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3188946160</i>	<i>Anas wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Camilo</i>
6	<i>Maryuri Ipuana</i>	<i>1124092727</i>	<i>F</i>	<i>17</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3127433583</i>	<i>Anas wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Marquelia Ipuana</i>
7	<i>Justin Ipuana</i>	<i>1124092728</i>	<i>M</i>	<i>15</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3127433583</i>	<i>Anas wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Justin Ipuana</i>
8	<i>Andreina Ipuana</i>	<i>1124092727</i>	<i>F</i>	<i>12</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3127933583</i>	<i>Anas wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Andreina Ipuana</i>
9	<i>Alberio Ramirez</i>	<i>1121535583</i>	<i>M</i>	<i>18</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3136322300</i>	<i>Anas wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Alberio Ramirez</i>
10	<i>Norlex Gonzalez</i>	<i>1121544403</i>	<i>F</i>	<i>11</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3136322300</i>	<i>Anas wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Yailen Gonzalez</i>



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Pueblos y Comunidades Generas - Diversidades Condiciones y Situaciones</i>		
ACTIVIDAD: <i>ID 347 Realizar campañas educativas dirigidas a estudiantes de 9 a 11 años con la finalidad de reducir la discriminación y maltrato a la población discapacitada</i>		TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>Mt08 IEI#05 Sede Urrain</i>
FECHA: <i>7/7/95</i>	HORA DE INICIO: <i>7:00 Am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>12:00pm</i>

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	Dayuris Acosta	1121541272	F	14	IEI #05 Sede Urrain	Territorio 24	3212853556	Anas wayuu					✓			Dayanis Acosta
2	Eucaris Cabellero	1151466014	F	13	IEI #05 Sede Urrain	Territorio 24	3225639633	Anas wayuu					✓			Eucaris Caballero
3	Snaider Cambonell	1175714400	M	14	IEI #05 Sede Urrain	Territorio 24	3225639633	Anas wayuu					✓			Snaider Cabellero
4	Maria Caro	1147148264	F	15	IEI #05 Sede Urrain	Territorio 24	3225639633	Anas wayuu					✓			Mario Caro
5	Angel Carranza	1121539525	M	15	IEI #05 Sede Urrain	Territorio 24	3225639633	Anas wayuu					✓			Anber
6	Anyibeth Castillo	1151461517	F	14	IEI #05 Sede Urrain	Territorio 24	3146042024	Anas wayuu					✓			Angibel Castillo
7	Josue Castillo	1124077472	M	14	IEI #05 Sede Urrain	Territorio 24	3146042024	Anas wayuu					✓			Josue Castillo
8	Jorge Garcia	1121542685	M	13	IEI #05 Sede Urrain	Territorio 24	3022424945	Anas wayuu					✓			Jorge Castillo
9	Paula Gonzalez	1124033861	F	15	IEI #05 Sede Urrain	Territorio 24	3022424945	DKS					✓			Paula gonzalez
10	Clara Gonzalez	1124084159	F	17	IEI #05 Sede Urrain	Territorio 24	3222424445	fam Colom					✓			clara gonzalez



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Deberes y competencias Generales - Diversidades Condiciones y Situaciones</i>		
ACTIVIDAD: <i>10 347 Realizar campañas educativas a los estudiantes de 9-11 para promover estilos de vida saludables dignos a la población discapacitada, para reducir la discriminación y el maltrato.</i>		TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>Mt 08. I.E.I #05 Sede Urrain</i>
FECHA: <i>7/07-25</i>	HORA DE INICIO: <i>07: am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>12:00 pm</i>

Nº	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	<i>Edilma Puchaino</i>	<i>1124051900</i>	<i>F</i>	<i>14</i>	<i>I.E.I N:5 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3117402976</i>	<i>AW</i>					<i>✓</i>			<i>Edilma</i>
2	<i>Yeiker Rios</i>	<i>1121540056</i>	<i>M</i>	<i>15</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3117402976</i>	<i>AW</i>					<i>✓</i>			<i>Yeiker Rios</i>
3	<i>Aneidis Rocha</i>	<i>1121541659</i>	<i>F</i>	<i>14</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3106465415</i>	<i>nuevo EPS</i>					<i>✓</i>			<i>Aneidis R.</i>
4	<i>Emenin Rodriguez</i>	<i>1067718056</i>	<i>F</i>	<i>18</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3106465418</i>	<i>caso copi</i>					<i>✓</i>			<i>Emenin Rodriguez</i>
5	<i>Darisnel Sierra</i>	<i>1121539885</i>	<i>F</i>	<i>15</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3106465410</i>	<i>caso copi</i>					<i>✓</i>			<i>Darisnel</i>
6	<i>Valentina Suarez</i>	<i>1124030831</i>	<i>F</i>	<i>15</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3117093421</i>	<i>AW</i>					<i>✓</i>			<i>VALENTINA</i>
7	<i>Abraham Tordecilla</i>	<i>1137526726</i>	<i>M</i>	<i>17</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3117693421</i>	<i>Nuevo EPS</i>					<i>✓</i>			<i>Abraham Tordecilla</i>
8	<i>Junior Torrez</i>	<i>1175714726</i>	<i>M</i>	<i>14</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>311693421</i>	<i>DKS</i>					<i>✓</i>			<i>Junior Torrez</i>
9	<i>Yanelis Urrain</i>	<i>1151467787</i>	<i>F</i>	<i>12</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>312734902</i>	<i>DKS</i>					<i>✓</i>			<i>Yanelis Urrain</i>
10	<i>Jarol Carrero</i>	<i>1121539044</i>	<i>M</i>	<i>15</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>territorio 24</i>	<i>3127346902</i>	<i>AW</i>					<i>✓</i>			<i>Jarol Carrero</i>



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9



PLANILLA DE ASISTENCIA - SECRETARIA DE SALUD

NOMBRE DEL EJE: <i>Pueblos y Comunidades generos- Diversidades Condiciones y Situaciones</i>		
ACTIVIDAD: ID 347 Campaña educativa dirigida a los estudiantes de 9 ^o y 11 para Promover trato digno a la población discapacitada para reducir la discriminación y el maltrato		TERRITORIO Y MICROTERRITORIO: <i>MJ08 I.E.I #05 Sede Urrain</i>
FECHA: <i>7/07/25</i>	HORA DE INICIO: <i>7:00 Am</i>	HORA DE FINALIZACION: <i>12:00pm</i>

N°	NOMBRES Y APELLIDO	IDENTIFICACION	SEXO	EDAD	MICRO TERRITORIO	DIRECCION	TELEFONO	SGSSS	CONDICION SOCIAL				ETNIA - RAZA			FIRMA
									LGTBI	VICT	A.M	DISC	IND	AFRO	OTROS	
1	<i>Zuleidis Ipuana</i>	<i>1121549409</i>	<i>F</i>	<i>10</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3117402976</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Zuleidis Ipuana</i>
2	<i>Orangel Gonzalez</i>	<i>1124046596</i>	<i>M</i>	<i>11</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3117693421</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Orangel Gonzalez</i>
3	<i>Diana Baez</i>	<i>1124064455</i>	<i>F</i>	<i>11</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3106465415</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Diana Baez</i>
4	<i>Oscar Baez</i>	<i>1124065054</i>	<i>M</i>	<i>11</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3117693421</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Oscar Baez</i>
5	<i>Alix Gonzalez</i>	<i>1121532606</i>	<i>F</i>	<i>16</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3127346902</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Alix Gonzalez</i>
6	<i>Eydi Gonzalez</i>	<i>1121537094</i>	<i>M</i>	<i>16</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3127346902</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Eydi Gonzalez</i>
7	<i>Edwin Gonzalez</i>	<i>1121517932</i>	<i>M</i>	<i>14</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3127346902</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Edwin Gonzalez</i>
8	<i>Edison Gonzalez</i>	<i>1121543391</i>	<i>M</i>	<i>13</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3127346902</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Edison Gonzalez</i>
9	<i>Edison S. Gonzalez</i>	<i>1121549530</i>	<i>M</i>	<i>12</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3127346902</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Edison Gonzalez</i>
10	<i>Elenis Ramirez</i>	<i>1124025874</i>	<i>F</i>	<i>16</i>	<i>I.E.I #05 Sede Urrain</i>	<i>Territorio 24</i>	<i>3145308827</i>	<i>Anas Wayuu</i>					<i>✓</i>			<i>Elenis Ramirez</i>



**MUNICIPIO
DE MAICAO**
Nit. 892.120.020-9

INFORME DE GESTION DEL PLAN DE SALUD PÚBLICA
DE INTERVENCIONES COLECTIVA (PIC)



PIC 2025
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS

REGISTRO FOTOGRAFICO

ACTIVIDAD N°: ID-347

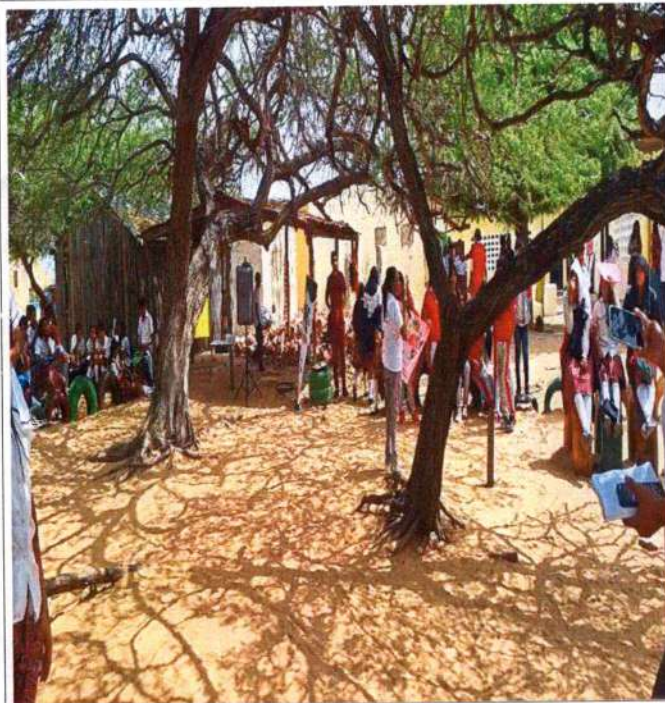
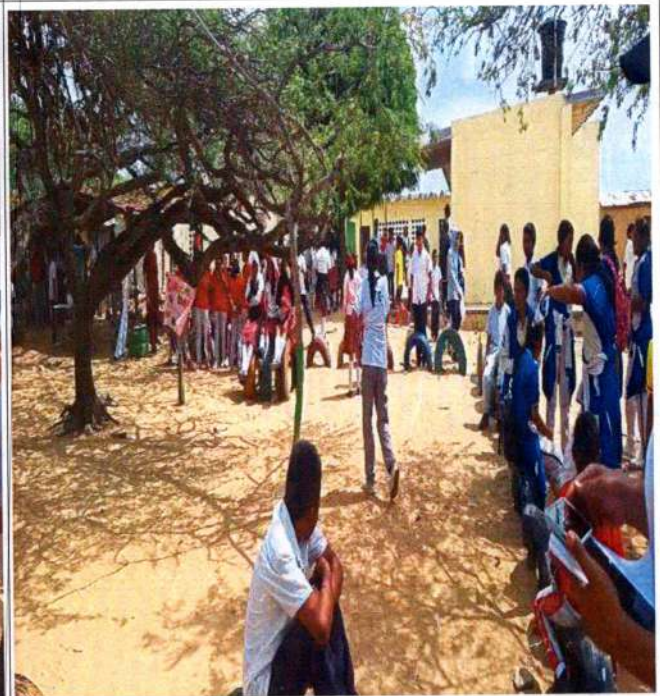
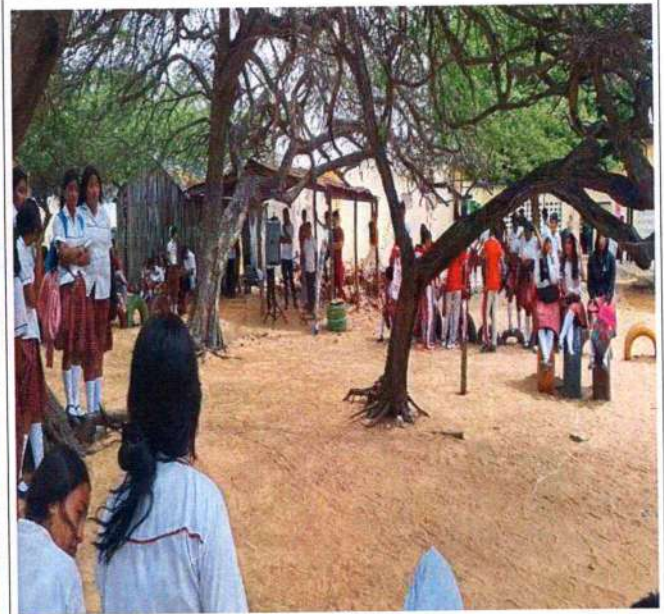
Territorio: T24

Código Cup: I11106

Entorno: Institucional

Fecha de ejecución: 07/07/2025

Micro territorio/Comunidad: MT06- I.E.I Sede Urrain



Carrera 15 # 5 - 41 Barrio Boscán - Maicao - La Guajira
Teléfono 7255976- 7250252 Cel. 301 3947153 – 304 6242909
Pag Web: www.ipsiwayuutalatshi.com - E-mail: picmaicao2024@gmail.com